

Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão

HELENA HIRATA¹

Introdução

EMBORA GRANDES diferenças existam entre Brasil, França e Japão, pelo seu nível de desenvolvimento econômico e tecnológico, pela sua história sociopolítica e cultural, esses três países convergem pelo contexto de envelhecimento rápido de sua população e pela eclosão de uma “crise do cuidado”, consequência desse envelhecimento rápido e a falta de mão de obra gratuita das mulheres que estão cada vez mais presentes no mercado de trabalho e nos empregos relacionados ao cuidado. O desenvolvimento das profissões do cuidado e a externalização crescente desse trabalho é consequência direta dessa conjuntura sociodemográfica e das transformações do mercado de trabalho feminino.

Partimos da ideia da centralidade das mulheres no cuidado, no passado sob modalidades gratuitas e hoje cada vez mais mercantilizado. Essa centralidade do trabalho das mulheres é tanto quantitativa, pela inserção maciça das mulheres no mercado de trabalho, quanto qualitativa, porque seu investimento é essencial para o trabalho reprodutivo e pelo fato de que elas estão nas profissões de produção da vida.

A centralidade do trabalho das mulheres pode ser observada tanto nas instituições quanto em domicílio, tanto realizado gratuitamente quanto a título de atividade remunerada.

Os principais atores do cuidado – além das cuidadoras –, Estado, mercado, família, comunidade, agem em cada país de maneira desigual e assimétrica, mas as mulheres continuam a realizar majoritariamente o trabalho de cuidado. Provavelmente, a tendência será de continuar assim, na medida em que se trata de um trabalho em grande parte precário, com baixos salários, pouco reconhecido e pouco valorizado. Entretanto, com a mercantilização, o cuidado pode se tornar inclusive um trabalho de homem, como no Japão, apesar das suas características pouco atraentes. Nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (Ilpi) japonesas da nossa pesquisa quase 40% dos “*care workers*” eram homens. No cuidado em domicílio, dada a necessidade de realizar simultaneamente trabalho doméstico e de cuidado, encontramos apenas mulheres. Na Europa, mulheres imigrantes e muitas vezes sem documentos, no Brasil trabalhadoras domésti-

cas ou diaristas sem vínculos empregatícios e trabalhando na informalidade, no Japão mulheres que acumulam frequentemente o cuidado de pais idosos e o trabalho remunerado em domicílio. A organização social do cuidado atribui um papel central às mulheres e à família nos três países estudados.

O cuidado pode ser definido como um trabalho material, técnico e emocional atravessado por relações sociais de sexo, de classe, de raça, entre diferentes protagonistas: os provedores e as provedoras do cuidado, de um lado, os beneficiários e beneficiárias do cuidado, de outro, assim como todos os que administram, supervisionam ou prescrevem o trabalho. O cuidado não é apenas uma atitude atenciosa, ele recobre um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em dar uma resposta concreta às necessidades dos outros. O cuidado é uma disposição, portanto contendo um aspecto ético, e é igualmente prática. Também podemos defini-lo como uma relação de serviço, de apoio ou de assistência, remunerada ou não, implicando um sentido da responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar do outro. O trabalho de cuidado diz respeito às pessoas em situação de dependência, mas todos os seres humanos são vulneráveis em algum momento de suas vidas.

Segui duas orientações na minha pesquisa sobre o trabalho de cuidado. A primeira é a de levar em consideração a complexidade do trabalho de cuidado e a dificuldade de apreender as fronteiras entre suas diferentes dimensões: o amor, o afeto, as emoções, por um lado, e o fazer, as técnicas, o emprego mercantil, por outro. A segunda orientação é a que relaciona o trabalho de cuidado e a sexualidade, seguindo as pistas de pesquisa de Pascale Molinier (Molinier, 2009; Borgeaud Garciandia, 2018). Aqui não desenvolvo esse aspecto da pesquisa que está ainda em desenvolvimento e que não aparece explicitamente nas entrevistas sobre “o que é o cuidado” e “em que consiste sua atividade”, questões que decidi analisar neste artigo. Mas não poderia deixar de mencionar aqui a ideia de Pascale Molinier segundo a qual o trabalho do *care* não pode ser pensado independentemente do sexual. Se é mais tranquilizador separar desejo sexual e velhice, de um lado, sexualidade e competências profissionais, de outro lado, não é possível evacuar essa dimensão constitutiva das relações de cuidado em instituição ou em domicílio.

O trabalho de cuidado que é objeto deste artigo foi e continua a ser exercido também dentro do espaço doméstico, na esfera dita “privada” e realizado “por amor” junto a pessoas idosas, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais.

Martha Nussbaum (2008, p.14) se refere à centralidade das mulheres quando ela declara: “Em todos os casos, condições sociais e políticas desiguais dão às mulheres capacidades (*‘capabilities’*) humanas desiguais”. E a atribuição às mulheres das tarefas domésticas e de educação das crianças as conduzem inevitavelmente aos trabalhos desvalorizados do cuidado (Tronto, 2009).

Minha pesquisa comparativa internacional mostrou a conjunção entre migração e desqualificação na França; entre informalidade e empregos múltiplos para

as cuidadoras, mesmo jovens, no Brasil; carreiras femininas mais estáveis e desemprego e reconversão para os homens cuidadores relativamente numerosos no Japão. Uma característica transversal a essas trajetórias diferenciadas é a precarização ou a desqualificação frequentemente observada no seu itinerário profissional. Em cada país a configuração das relações sociais é diferente, mas nos três países *são as/os mais vulneráveis* que se tornam as provedoras ou provedores do cuidado.

Este artigo visa mostrar pontos de diferença e de convergência no trabalho das/os cuidadoras/es brasileiras/os, francesas/es e japonesas/es.

Para isso nos baseamos, numa primeira parte deste artigo, na análise em profundidade de nove entrevistas de cuidadoras em instituições (instituições de longa permanência de idosos), três de cada país, para apreender a relação subjetiva ao trabalho, assim como as formas de organização e realização do trabalho de cuidado como relação social e interindividual.

Numa segunda parte deste artigo, comparamos a relação de cuidado nos três países, dentro do contexto social, e de políticas públicas, em que essas relações de cuidado se inserem.

Numa terceira parte destacamos o interesse da comparação internacional para apreender as especificidades e as similaridades do trabalho de cuidado nos três países.

Cuidado e atividades: as relações de cuidado no Brasil, na França e no Japão

O trabalho realizado pelas cuidadoras e auxiliares de enfermagem nos três países são à primeira vista *grosso modo* comparáveis, mas a maneira de descrevê-lo, a expressão quanto à sua atividade, são muito diferentes de uma pessoa a outra, de um país a outro. A questão: o que significa para você “cuidar” (no Brasil ou “*prendre soin*” (na França) as respostas eram mais diretas e simples nesses dois países do que no Japão onde a palavra “*kaigo*” suscitava frequentemente o comentário “é difícil” e longos momentos de silêncio. Uma hipótese que poderia explicar essa diferença é o signo chinês representando a palavra “*kaigo*” e a banalização relativamente recente dessa palavra, ao contrário de “*prendre soin*” ou “cuidar”. Tivemos também respostas dizendo que havia duas palavras em japonês, “*kaigo*” e “*kango*”, a primeira designando o “cuidado”, e a segunda, “*kango*”, o “*soin*” propriamente dito, correspondente à distinção entre “*care*” e “*cure*”.

A realização do trabalho de cuidado como relação social e interindividual pode ser apreendida na análise das entrevistas a seguir.

As respostas à questão “O que é para você o cuidado?” sendo relativamente padronizadas e pouco singulares, decidimos relacionar as respostas a essa questão com aquelas à questão “em que consiste o seu trabalho?” As duas respostas não vão sempre no mesmo sentido como poderia ser o caso.

Assim, Sandra, 52 anos, auxiliar de enfermagem de sexo feminino, trabalhando em Paris em regime de turno noturno (21h-7h), nascida em Guadalupe (Antilhas) responde à questão “o que é o cuidado”:

“Cuidar é estar à escuta da pessoa, saber se ocupar dela em todos os sentidos do termo. Dar de comer, saber se é necessário lava-la, se é necessário troca-la, falar com ela, mesmo se ela não compreende, mas sabe, o fato de falar relaxa, fazer um carinho na cabeça, você vê, lhe fazer saber que você está *presente*.” (Sandra, auxiliar de enfermagem, Paris)

Quando perguntada sobre em que consiste sua atividade, ela diz que olha as “transmissões para saber o que aconteceu durante o dia; depois vai aos quartos para ver se estão deitados, trocar a roupa se estão sujos, dar de beber se tem sede, um comprimido ou um sonífero da noite para os que devem tomar. Daí faz uma pequena pausa para um lanche um pouco antes das 23h e começa uma segunda ronda. Um homem não para de gritar entre 21h e 4h da manhã, mas ela não pode ir vê-lo senão de tempos em tempos porque ela precisa cuidar dos outros “doentes”. Ela pede para a enfermeira para ir ver mas ele continua a gritar.

“E preciso estar sempre presente [...] ir ver o que está acontecendo, se uma porta está fechada é preciso abrir, se não vemos um residente no seu quarto é preciso procurar onde ele está, porque não é normal. Olhe, é um trabalho muito difícil porque é preciso estar todo tempo antenado (“*sur ses gardes*”).” (Sandra, auxiliar de enfermagem, Paris)

O que fica claro na fala de Sandra é que a *presença*, que é a essência do cuidado, é difícil de realizar em meio a tantas atividades e cuidando de tantas pessoas. Ao mesmo tempo em que cuidado significa *presença*, a narrativa sobre as atividades concretas de cuidado indica que cuidado é muito mais do que simples *presença*, o que fica claro na fala de Julie, 57 anos, auxiliar de enfermagem do sexo feminino, nascida em Paris e trabalhando nessa cidade: A questão “O que é o cuidado?” ela responde: “cuidar, bem, é (silêncio) é minha *presença*”. Mas questionada sobre suas atividades, ela diz que faz duas rondas à noite, e há muitas chamadas à noite: “eles ficam angustiados, eles chamam, tocam a campainha, muitas chamadas”.

“Agora acabei de levar água para uma senhora, todas as noites começo por ela [...] Faço as trocas (de fralda, de roupa) de manhã às 5h, uma senhora que se mexe muito ela se mexe muito mesmo, sou obrigada a ir ver à noite se ela não foi para baixo da cama, ela fica presa, embaixo da cama [...] ela é bem pequenininha [...] ela é de vidro [...]. Faço três rondas, a primeira a uma hora da manhã, agora faço uma lá pelas duas e meia e depois uma às quatro horas; e aí às quatro horas da manhã faço um café sim.” (Julie, auxiliar de enfermagem, Paris)

“Estar *presente*” é uma expressão que aparece tanto na fala de Sandra quanto de Julie, mas quando se trata de atividades concretas elas sublinham muito claramente os constrangimentos de um serviço onde há poucos cuidadores em relação ao número de beneficiários do cuidado, um número demasiado grande para poder cuidar bem. Nas respostas de Julie, a palavra *presença* remete a uma preocupação quanto à saúde dos beneficiários, observação, atenção, responsabilidade. As “trocas” (de fralda, de roupa) que faz Julie às quatro horas da manhã

implicam práticas, gestos, um comportamento que vai bastante além da simples *presença*.

Já Antoine, 45 anos, Auxiliar Médico-Psicológico (AMP) do sexo masculino, em turno diurno, nascido nas ilhas Comores, a comparação do que ele diz sobre o cuidado e o que ele diz sobre suas atividades de cuidado reforça as respostas de Sandra e Julie: o objeto do cuidado é um indivíduo, um beneficiário singular, enquanto sua atividade de trabalho coloca em cena imediatamente a cooperação – com os colegas, o médico, os psicólogos. Uma segunda constatação é que a atividade concreta de trabalho coloca-o em presença de níveis diferentes de dependência, tornando mais complexo o trabalho e exigindo práticas distintas do cuidado para cada caso. Enfim, ele salienta o número importante de residentes dependentes para cada cuidador no seu cotidiano de trabalho.

“Cuidar quer dizer muitas coisas, estar atento, estar à escuta, ser paciente, euh escolher o momento euh tomar uma certa distância, euh conhecer seus limites [...]” (*Antoine*, AMP, França)

Entretanto perguntado sobre suas atividades, Antoine diz que começa por fazer transmissões (orais) com seus colegas da manhã às 13h38:

“Com o médico se ele está lá, com os psicólogos se eles estão lá, com as cuidadoras da manhã e da tarde (cerca de 30m). Antes de partir a gente faz as transmissões escritas (cerca de 10 a 20 minutos) [...] A gente faz eles comerem (3 cuidadores para 27 residentes, 9 residentes para cada cuidador), 5 pessoas que a gente tem que colocar a comida na boca, outros que a gente estimula, uns 5 nesse caso; é preciso estimular, é preciso ficar olhando, heim, é preciso verificar. Quase a metade. E de 27 residentes, 9 são cadeirantes.” (*Antoine*, AMP, França)

Outras questões são levantadas por Milton, 26 anos, cuidador de idosos do sexo masculino numa instituição de longa permanência para idosos em São Paulo. Ele introduz a questão do respeito no trabalho de cuidado, e se refere a passeios, trabalhando numa instituição de cuidado a pessoas idosas de posses:

“O cuidado é respeitar, respeitar a pessoa. E também o respeito da pessoa em relação ao cuidador. Cuidar não é apenas realizar diferentes atividades, é contribuir, é a contribuição e (a pessoa idosa) também deve retribuir [...] Meu trabalho (atividades) são os ‘cuidados integrais’ às pessoas idosas. A única coisa que não fazemos são os remédios que faz parte do trabalho dos técnicos de enfermagem. Damos todo o cuidado de que a pessoa idosa tem necessidade, ajuda para se alimentar, se trocar, o acompanhamento para as consultas médicas, os passeios etc.” (*Milton*, cuidador de idosos, São Paulo)

No caso de Milton o respeito mútuo e a contribuição-retribuição, presentes na definição do *care* não consta na descrição de suas atividades, que aparecem como uma lista de tarefas que dizem respeito ao beneficiário, como se o domínio da ética e o das práticas fossem separados, o primeiro sendo da ordem unicamente da disposição e o segundo, do universo do fazer concreto. O domínio das atividades traz também nesse caso a necessidade de cooperação, aqui com

os técnicos de enfermagem que cuidam dos remédios, cooperação que pode também significar tensão e conflitos.

No caso de Maria, 20 anos, cuidadora em São Paulo, há convergência entre suas palavras sobre o cuidado e suas palavras sobre sua atividade de trabalho, convergência que se materializa na palavra *ajudar*. Entretanto, seu discurso sobre suas atividades introduz a questão da saúde das pessoas idosas e o fazer face a suas necessidades, tanto psicológicas quanto “de base”.

“Para mim; o cuidado é fazer com que a pessoa esteja bem [...] Para mim, se ela está bem, é cuidar [...] se ela tem um problema, poder ajudá-la nas suas necessidades [...] estar a todo momento, em não importa que situação, pronta a ajudar, para mim isso é cuidado Maria. (Atividades?) Meu trabalho consiste em ajudar a tratar as pessoas idosas para que elas possam ter uma velhice melhor, ajudar nas necessidades de base, inicialmente nas necessidades psicológicas [...] ajudar a ter uma velhice com saúde na medida do possível.” (*Maria*, cuidadora, São Paulo)

Amélia, 35 anos, cuidadora em São Paulo, introduz a questão do amor no cuidado. Cuidar é amar, tanto o beneficiário quanto sua própria atividade. E se colocar no lugar do outro. E tornar as outras pessoas “felizes”. Para isso é necessário realizar toda uma série de atividades de acompanhamento, com uma preocupação cotidiana quanto à saúde do beneficiário, inclusive psicológica: “Porque ele está triste, porque ele está agitado”. A paciência faz parte das disposições para realizar essas atividades.

“O cuidado para mim é como se você estivesse no lugar deles. Será que gostaria de ser tratada assim? E se fosse sua mãe, seu pai? E isso o cuidado, amar o próximo. Dar satisfação. ‘Cuidar’ é amar o que fazemos, senão procurar algo de satisfatório, que as outras pessoas sejam felizes [...] cuidar do residente também em relação a seu estado de saúde; dar o banho, fazer a higiene íntima e oral, alimentação [...] Ver o que se passa, porque ele está triste, porque está agitado. Observar também suas necessidades fisiológicas, se está normal, se ele não faz durante três dias devemos chamar a enfermeira para dar o remédio [...] a gente também o acompanha ao médico, ao hospital [...] para cuidar deles é necessário se dedicar [...] ter paciência, um estado psicológico equilibrado porque não é fácil [...] muitas vezes eles se sentem deprimidos [...] eles gostariam que a gente ficasse um pouco mais com eles.” (*Amélia*, cuidadora, São Paulo)

Para Sueko, mulher, 21 anos, cuidadora em Toquio, *care* evoca utilidade e orgulho. A dificuldade da atividade de cuidado vem do fato de que a dependência aumenta com a idade mas é necessário dizer às pessoas idosas de fazer o que eles ainda são capazes de fazer. É interessante observar que também no seu discurso, como no de Maria, do Brasil, a palavra *ajudar* aparece em relação ao cuidado.

“O ‘care’... hum... sim... é um trabalho de que podemos nos orgulhar. Ser útil às pessoas. E penso que é um trabalho muito difícil. Um trabalho

de que podemos nos orgulhar. [...] Meu trabalho é fazer o que os velhos ('oditian') e as velhas ('obatian') não conseguem mais fazer, isso aumenta nos velhos dias, e pedir a eles para fazer o que eles podem (ainda) fazer, e o que eles não podem fazer nos os *ajudamos* [...] Entre o que aprendemos na escola e o que fazemos aqui, é completamente diferente. Quando fazemos exercícios entre nós na escola, o outro se mexe. Mas na realidade, eles não conseguem ficar de pé, eles não conseguem se mexer, eles não abrem a boca (quando a gente pede), há muitos residentes assim." (Sueko, cuidadora, Tóquio)

Yumiko, mulher de 34 anos, enfermeira de formação e cuidadora em Tóquio, compara seu trabalho de cuidadora à sua experiência anterior numa clínica psiquiátrica, e a falta de futuro dos beneficiários na sua atividade atual. Ela compara também seu corpo são que ela pode aprender a conhecer com o cuidado às pessoas dependentes. Como a brasileira Maria e a japonesa Sueko ela utiliza a palavra *ajudar* para descrever sua atividade: *ajudar* a se alimentar, *ajudar* a tomar o banho, ajuda que não é mobilizada numa clínica psiquiátrica

"O *care*, é uma espécie de espelho para o autoconhecimento. O trabalho físico é duro, mas dizer coisas desse tipo não leva a nada. Quanto ao *care* como profissão [...] eu faço esse trabalho porque tenho um corpo são, fazer *care* é portanto melhor conhecer a si mesma.

(Atividade?) Meu trabalho? *Care* da manhã à noite. Mesmo à noite [...] Pessoas que não trabalham nem vão trabalhar no futuro [...] Na minha experiência numa clínica psiquiátrica, eles não trabalhavam mas podiam voltar a trabalhar no futuro. Havia um futuro [...], aqui não. Queremos que eles passem bem o seu tempo. Aqui a gente se ocupa da vida cotidiana. Na clínica, não era necessário ajudar a se alimentar ou a tomar banho.

Minoru, homem, 50 anos, cuidador e "líder de equipe" em Tóquio, faz uma equivalência entre cuidado e trabalho. Para ele, seu trabalho é *care*, mas há coisas que ele pode aceitar como fazendo parte do seu trabalho e outras que ele não pode aceitar como fazendo parte do seu trabalho. As atividades concretas se resumem, segundo ele, a refeições, evacuação, banho. E ele utiliza também o termo *ajudar*: "é um trabalho que serve para *ajudar*, apoiar pessoas muito diferentes". As diferenças entre os beneficiários num estabelecimento é sublinhada por ele, como já tinha sido sublinhado por Antoine, o cuidador francês:

"O *care* é atualmente meu trabalho. Mas no meu trabalho há coisas que posso aceitar ('*Shigoto to shite warikireru bubun*') e outras que não posso aceitar como fazendo parte de meu trabalho ('*Warikirenai bubun*'). Entretanto, é um trabalho que serve para *ajudar*, dar um apoio ('*shien suru*') a pessoas bastante variadas. (Atividades?). É a profissão do cuidado ('*kai-goshoku*'): refeição ('*shokuji*'), evacuação ('*háissetsu*'), o banho ('*nyuyoku*'), 'é isso principalmente o trabalho do cuidado'."

A partir dessas falas, podemos constatar as seguintes *diferenças e convergências* na definição do cuidado e na relação com a atividade.

Uma primeira convergência: a ideia de *presença* associada ao *care*. Cuidar é estar presente, e a presença é sempre para um indivíduo, e não para uma multiplicidade de pessoas. Quando se trata de muitas pessoas, a possibilidade de garantir a *presença* se esvai.

Uma segunda convergência: a diferença na resposta sobre “o que é o cuidado” e “em que consiste suas atividades”. A questão sobre o que é o cuidado remete à *disposição*, e coloca o cuidador na dimensão da *ética* e a questão sobre *as atividades* remete ao *trabalho* concreto. O *care* é pensado em relação a um *indivíduo* singular, as “atividades” nos põem em presença de um *coletivo*, à necessidade de cooperação, e a níveis de dependência diferentes segundo os indivíduos.

Uma terceira convergência: o “*care*” e as “atividades” podem ser pensados como *ajuda* pelas cuidadoras mulheres (Maria, Brasil; Sueko, Japão; Yumiko, Japão) e por um cuidador homem (Minoru, Japão).

Uma quarta convergência: as atividades se referem não apenas à dimensão fisiológica, mas também à dimensão psicológica e entre as disposições a paciência é necessária para realizar essas atividades.

Embora as diferenças societais entre os três países considerados sejam significativas, como veremos a seguir, na definição do que é o cuidado e nas diferentes atividades tais como elas são expressas pelas trabalhadoras e trabalhadores entrevistados, não foi possível constatar diferenças importantes, mas sobretudo convergências e similitudes nas disposições e nas práticas.

O peso do contexto nacional: a variedade das organizações sociais do cuidado

E necessário mencionar aqui a variedade das modalidades de organização social do cuidado segundo os contextos nacionais, que tem repercussão sobre as trajetórias e as atividades das cuidadoras e cuidadores.

Os múltiplos atores do cuidado na sociedade – o Estado (estruturas centrais e locais), o mercado, a família, as Organizações Não Governamentais (ONG), as organizações sem fim lucrativo (NPO, Non Profit Organization); associações, instituições filantrópicas, trabalhadores voluntários e comunitários – se combinam de maneiras diferentes, desiguais e assimétricas em cada contexto societal para assegurar a organização social do cuidado (Hirata, Guimaraes, 2012). As configurações múltiplas que alguns chamam *care diamond* (o “diamante do *care*”) entre Estado, mercado, família, comunidade (Razavi, 2007; Ochiai, 2015) são perceptíveis na nossa comparação Brasil, França e Japão.

Na França as políticas públicas têm um papel central no cuidado às pessoas idosas, com um grande número de mecanismos de auxílio, o que não significa que o governo financia devidamente as instituições que cuidam das pessoas idosas, vejam-se as mobilizações de trabalhadores das instituições (EHPAD) na França em 2017 e 2018 contra os cortes orçamentários (Pelletier, 2019). A Alocação Personalizada de Autonomia (APA), criada em 2002, é o principal

instrumento de política pública no que diz respeito às pessoas de mais de 60 anos em situação de perda de autonomia na França. Tal situação é avaliada por uma equipe médico-social segundo uma classificação de níveis de dependência, a grade *Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources (Aggir)*, de 1 a 6, as pessoas classificadas de nível 5 e 6 sendo consideradas autônomas e sem possibilidade de receber esse benefício, e as pessoas classificadas nos níveis 1 a 4 podendo ser beneficiárias da APA. Essa alocação é concedida a todos os que têm 60 anos ou mais independentemente do seu nível de recursos, mas o valor da alocação será maior ou menor dependendo de tal nível. A APA custeia despesas para que uma pessoa idosa possa ficar em casa ou para pagar uma parte das despesas para permanência numa instituição. Os membros da família que cuidam de uma pessoa idosa da família podem também ser remunerados pela APA, com exceção dos cônjugues. Segundo pesquisa de Florence Weber (Weber; Trabut; Billaud, 2014) 16% de membros da família recebem (baixos) salários para cuidar das pessoas idosas da família em domicílio. Não há algo equivalente a esse tipo de medida no Japão ou no Brasil. Os membros da família fornecem, nos dois últimos países, o trabalho de cuidado não remunerado.

A APA reforça o poder local na medida em que ela é administrada pelos Centros Comuns e pelos Conselhos Departamentais. Os dossiês para ser beneficiário da APA devem ser retirados no Centro Comunal de Ação Social (CCAS) e serem enviados ao Conselho Departamental.

As associações e as ONG estão igualmente muito presentes na provisão do cuidado às pessoas idosas. Elas são estruturadas para realizar a mediação entre os beneficiários do *care* e os diversos atores provedores. O voluntariado/filantropia é também tradicionalmente estruturado e ativo. Quanto ao mercado, constata-se o desenvolvimento de um mercado de trabalho informal, de um lado e, de outro, o desenvolvimento de estruturas – empresas privadas – que agem com a autorização do governo.

No Japão, o cuidado às pessoas idosas é considerado do domínio da família e em particular das mulheres no interior das famílias. Assim, o cuidado informal não remunerado tem um papel central nesse país. Segundo Ito (2010, p.141), em 2004, “13,6% das pessoas idosas são cuidadas em estabelecimentos de longa permanência de pessoas idosas dependentes, 75% são cuidadas por membros de sua família. Entre os cuidadores familiares 75% são mulheres: esposas, filhas, noras etc.”.

O setor público é também bastante ativo, sobretudo desde o “reconhecimento institucional do *care*” (Ito, 2010, p.141) com a instauração do Long-Term Care Insurance (LTCI) em 2000. Essa política pública, assim como o APA na França, cobre despesas tanto do cuidado em domicílio quanto em instituição como os Centros Dia ou as instituições de longa permanência de idosos de 65 anos ou mais. Para o governo japonês trata-se de uma política flexível para fazer face ao movimento das pessoas idosas que escolhem diferentes modalida-

des de cuidado. Fluxos financeiros importantes existem entre o setor público e o mercado, de um lado, e as ONG, do outro. O LTCI é financiado por um imposto obrigatório de todos os residentes no Japão de 40 anos ou mais (inclusive os residentes estrangeiros). Em caso de necessidade, um residente paga 10% dos custos e o governo local paga os 90% restantes.

Como na França, o mercado assiste os beneficiários do cuidado sob a forma de empresas privadas ou parapúblicas, que têm a autorização do governo para agir nesse setor.

Enfim, em 2007, o governo tentou introduzir mão de obra imigrante no setor do *care* com acordos de parceria econômica com a Indonésia (APEJI) mas obtendo magros resultados por uma série de razões (Ito, 2010, p.145). Também um Acordo de Parceria Econômica (APE) com Filipinas entrou em vigor em 2008 (Ito, 2010, p.138). O pouco sucesso desses acordos para estimular o trabalho de imigrantes no setor de cuidado tem certamente a ver com a questão da língua de difícil aprendizado para um estrangeiro, e cujo domínio é fundamental no cuidado da pessoa idosa.

No Brasil não há políticas públicas para o cuidado de pessoas idosas como o APA na França ou o LTCI no Japão. O Brasil carece de financiamento público do cuidado mas também de estruturas para acolher pessoas idosas em número suficiente.

Anna Bárbara Araújo (2019) diz a propósito da cidade de São Paulo que a oferta de equipamentos públicos de cuidado está bem abaixo da demanda porque o número de idosos na população de São Paulo é de 1.733.664 pessoas (14,75% em 2018 segundo os dados da Fundação Seade) e o número de vagas nas instituições públicas de acolhida às pessoas idosas é de apenas 19.660.

As Instituições de Longa Permanência de Idosos (Ilpi) brasileiras acolhem apenas 1% da população idosa do país (Camarano; Barbosa, 2016) quando no Japão, como já vimos, o mesmo tipo de instituição acolhia já em 2004, quase 14% da população idosa.

No caso brasileiro, são, portanto, as redes sociais (redes familiares, redes de vizinhança, redes sociais mais amplas) que são centrais na provisão do cuidado. A família é sempre o provedor principal do *care*, que é da responsabilidade de seus membros, sobretudo das mulheres, mas também das trabalhadoras domésticas e diaristas que são contratadas para o trabalho doméstico mas também para cuidar das pessoas idosas e das crianças da família. O mercado é assim um provedor de cuidado sobretudo pela oferta de serviço dessas trabalhadoras domésticas, mas também pelas empresas e agências de “home care”. O Estado, a despeito de esforços sistemáticos, sobretudo a partir dos anos 1990, não dispõe ainda de um programa de cuidado de pessoas idosas eficaz e bem dotado do ponto de vista financeiro.

Diferenças e similitudes.

Aportes da comparação internacional do trabalho de cuidado

Um primeiro elemento de análise diz respeito à divisão internacional do trabalho. Há hegemonia dos trabalhadores imigrantes no trabalho do *care* na região metropolitana de Paris, e os movimentos de migração externa (França, Japão) ou interna (Brasil), são estreitamente relacionados ao trabalho do *care*. As mulheres são imigrantes externas na região de Paris e imigrantes internas, sobretudo do Nordeste, no Brasil. No caso das cuidadoras imigrantes que entrevistei na França, não constatei o tipo de separação do casal descrito por Arlie Hochschild (Ehrenreich; Hochschild, 2003). As separações eram muito provisórias, as famílias viviam juntas na quase totalidade dos casos (mulheres casadas ou em concubinato, com ou sem filhos). Pode-se também constatar que um grande número de casais e de famílias se formaram na França e não no país de origem das cuidadoras. Essa constatação reforça a ideia desenvolvida por Christelle Avril et Marie Cartier (2019) segundo a qual há uma grande diversidade no perfil das migrantes no trabalho de cuidado nos Sul(s) e nos Norte(s) (cf. também Bourgeaud-Garciandia et al., 2020).

Os fluxos migratórios para o trabalho de cuidado e a globalização desse tipo de trabalho desenham os contornos de uma nova divisão internacional do trabalho de serviços. Nessa nova divisão internacional, o trabalho das mulheres é central, tanto realizado gratuitamente quanto como atividade remunerada. A comparação internacional do trabalho de cuidado indica essa centralidade do trabalho das mulheres apontando para a materialidade desse trabalho, mas também para a representação do cuidado às pessoas dependentes como sendo intrinsecamente feminino. A globalização do cuidado contribui hoje para a projeção, sobre a cena pública, de questões até então encerradas na esfera privada, ou mesmo da intimidade (Dammame et al., 2017).

Um segundo elemento concerne as diferenças palpáveis na organização social do *care*: a preeminência do Estado no caso da França, da família no caso do Japão, da comunidade, redes de sociabilidade e de vizinhança no caso do Brasil. A comparação internacional ressalta essas diferenças que já tínhamos apreendido numa pesquisa anterior sobre o desemprego em Paris, em Tóquio e em São Paulo. Entretanto, se o Estado na França e as redes de proximidade no Brasil são nos dois casos eficazes, não é a família, mas a empresa que tem um papel central em relação ao desemprego no caso do Japão (Demaziere et al., 2013).

Uma outra grande diferença macrossocietal entre o Brasil, de um lado, a França e o Japão, de outro, é a existência nos dois últimos países de um quadro institucional estruturado para o cuidado às pessoas idosas. Trata-se – como vimos na seção anterior – no caso da França, da Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA), estabelecida em 2002 e, no caso do Japão, da Long Term Care Insurance (LTCI), “Kaigo hoken”, introduzida em 2000. Não há uma política pública similar no Brasil, nem há no Brasil algo que se compare com o Sistema Nacional

Integrado de Cuidados (Snic) do Uruguai, criado em 2015. O programa do governo federal “Saúde da Família” tem como objetivo a prevenção de todos os membros da família, as pessoas idosas sendo objeto de cuidado apenas a esse título. Trata-se de um programa destinado às camadas pobres da população. Existem alguns programas municipais de cuidadores em domicílio, mas são em número muito reduzido, mobilizando apenas algumas centenas de trabalhadores do cuidado na cidade de São Paulo, que conta, como já dissemos na seção precedente mais de 1.700.000 pessoas idosas. Além disso, fica ainda por analisar as numerosas diferenças existentes entre a APA na França e o LTCI no Japão, sobretudo as modalidades de financiamento: a existência de um imposto obrigatório inclusive para os residentes estrangeiros a partir da idade de 40 anos para financiar o “seguro do cuidado” (“kaigo hoken”) e os projetos controvertidos para a criação de um seguro similar na França onde o financiamento da APA não provém por enquanto de um imposto específico.

Outras diferenças foram constatadas na organização do trabalho e nas políticas de gestão da mão de obra. Em primeiro lugar, nos surpreendemos com o número importante de homens “care workers” nos estabelecimentos (shisetsu) japoneses. A proporção entre mulheres e homens era de cerca de 1 homem para 10 mulheres na França e ainda menos no Brasil; ora, no Japão, quase 40% dos cuidadores nos três estabelecimentos pesquisados eram do sexo masculino. Uma tentativa de explicação dessa diferença na divisão sexual do trabalho de cuidado nas instituições de longa permanência de idosos pode ser encontrada nas políticas públicas em face do desemprego. As mudanças no mercado de trabalho consequente à crise econômica que atingiu o Japão com a falência de Lehman Brothers em 2008, as demissões e a necessidade de reorientar as carreiras se tornou presente para homens e mulheres que tinham empregos muito estáveis nas grandes empresas, industriais ou comerciais. Trabalhar no setor dos serviços se revelou ser uma oportunidade sobretudo porque o governo, para facilitar a reinserção dos desempregados, ofereceu formações gratuitas no setor do *care*, prometendo emprego para os que fizessem o curso. Embora o cuidado seja um trabalho considerado feminino, num país de tradição machista, ele apareceu como preferível ao desemprego.

Em seguida, quanto às práticas de remuneração, há diferenças consideráveis entre os três países, sobretudo pela existência do “bônus”, um salário suplementar pago duas vezes ao ano, representando 3 a 4 salários mensais e beneficiando os assalariados regulares na empresa. As/os entrevistadas/os japoneses ficaram espantados em saber que não havia “bônus” na França e no Brasil, mas às vezes “cheques-presente” (França) na época do Natal de cerca de um terço do salário mínimo francês, ou um “décimo terceiro salário” (Brasil) representando apenas um salário mensal por ano. Diferenças no valor do salário existem entre os três países, o Japão pagando os salários mais altos, seguido pela França e por último o Brasil.

Uma outra diferença notável entre o Japão, de um lado, o Brasil e a França de outro, é o número considerável de horas extras não pagas aos cuidadores do primeiro país. No Japão, o tempo de trabalho semanal era, formalmente, de 40h, mas as/os “care workers” faziam um grande número de horas extras não remuneradas, que podia ir até 6h num só dia de trabalho. O que eu tinha visto como prática corrente na empresa industrial nos anos 1980-1981 no Japão permanecia como prática habitual entre os trabalhadores 30 anos depois, em 2010-2011, dessa vez no setor terciário. Como a chefia adota essa prática de horas-extras não remuneradas, o trabalhador de base não se sente à vontade de reivindicar o pagamento de horas extras que ele executa, por exemplo, para as transmissões escritas, que nunca consegue realizar durante o tempo prescrito.

A variável sindical deve provavelmente ser levada em conta para explicar essa diferença. Quando avaliamos as entrevistas realizadas nos três países, é preciso notar que as respostas das/os entrevistadas/os são mais uniformes e padronizadas no Japão. Nesse país, há pouca contestação da organização do trabalho e da atitude da direção. Na França, os sindicatos estão mais presentes e os discursos manifestam mais frequentemente desacordos com a direção.

Um terceiro elemento que indica o aporte da comparação internacional concerne as convergências e similitudes entre os três países.

Dois pontos de similitude nos três países em relação às questões abordadas:

- primeiramente, a percepção dos salários, considerados baixos nos três países a despeito das desigualdades salariais entre eles. A ideia da parte dos homens empregados, sobretudo no Japão, de que eles não poderiam se casar e fundar uma família com os salários que recebiam. A ideia de um não reconhecimento do valor monetário do trabalho do cuidado é recorrente no Japão, como na França e no Brasil;
- em segundo lugar, um outro ponto de similitude é relativo aos problemas de saúde no trabalho, sobretudo as lombalgias (“yotsuu” no Japão), a hérnia de disco, declarados como males muito frequentes nos três países.

O que espanta é a ausência de toda política empresarial em termos de prevenção quanto às lombalgias – como por exemplo a ginástica para as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) observada nas empresas francesas e brasileiras quando de uma pesquisa anterior sobre filiais e matrizes das firmas multinacionais francesas e japonesas no Brasil.

Conclusão

A heterogeneidade no perfil das trabalhadoras/es do cuidado entrevistadas/os contrasta com o fato de que nos três países trata-se de uma profissão pouco valorizada, com salários relativamente baixos e pouco reconhecida socialmente. Essa igualdade das condições profissionais a despeito da desigualdade dos perfis e das trajetórias dessas/es trabalhadoras/es parece encontrar sua ex-

plicação no coração mesmo da atividade do cuidado, realizada tradicionalmente e gratuitamente na esfera doméstica e familiar pelas mulheres.

Assim, a comparação internacional se mostra metodologicamente muito útil para examinar o trabalho do cuidado no cruzamento das relações sociais de sexo, de classe e de raça (Hirata et al., 2017; Kergoat, 2016). Ela permite mostrar suas configurações diferentes em cada país, mas também permite apreender as modalidades comuns da desvalorização do trabalho de cuidado.

Anexo metodológico

O trabalho de campo foi realizado no Brasil, França e Japão em instituições de longa permanência de idosos dependentes e junto a cuidadoras domiciliares entre 2010 e 2011, com financiamentos múltiplos (USP, Fapesp, Cebrap, CNRS, Universidade Paris 8 Saint-Denis, Japan Foundation, Universidade Hitotsubashi). No Japão, entrevistas foram feitas em três “shisetsu” cujo *status* jurídico era o “Toyo”, “Tokubestu yogo rojin home”, o *status* mais próximo dos homólogos brasileiros (“ILPI”, Instituição de longa permanência para idosos) e franceses (“EHPAD”, Etablissement de hébergement des personnes âgées dépendantes). Assim procurei para entrevistar as trabalhadoras e trabalhadores do cuidado, de um lado, estabelecimentos para pessoas idosas e, por outro, instituições que realizam a intermediação entre famílias e trabalhadores do cuidado ou que ajudam esses últimos, como por exemplo os sindicatos no Brasil, as associações na França e os NPO (Non Profit Organizations) e as empresas prestadoras privadas e semi públicas no Japão.

Foram realizadas 330 entrevistas nos três países, com 235 “care workers” empregados em instituições de longa permanência de idosos e 95 “care workers” trabalhando em domicílios. Para a realização das entrevistas no Brasil contei com a colaboração de Myrian Matsuo, pesquisadora na Fundacentro (Ministério do Trabalho) no Brasil e de Efthymia Makridou, na época doutoranda na Universidade de Paris 8/GTM, na França. No Japão, eu mesma realizei o conjunto das entrevistas (num total de 100) mas contei com a colaboração para a preparação do meu campo e para minhas leituras de uma estudante de Master da Universidade de Hitotsubashi, Ayaka Kashiwazaki. No Japão entrevistas semidiretivas de 40m a 1h de duração foram realizadas com “home helpers”, “care workers”, enfermeiras (kaigo shi), líderes de equipe e representantes da hierarquia: “soodanshi”, “care manager”, “fuku-shunin”, “shunin”; “kacho”, “encho”). Na França e no Brasil também entrevistei trabalhadores e gerência. Nessas entrevistas três aspectos foram privilegiados: o trabalho, condições de trabalho, saúde; salários, carreira, formação; relação subjetiva ao trabalho, sofrimento e prazer no trabalho, projetos. Realizei observações nos estabelecimentos, mas não pude realizar observações nos domicílios.

Referências

- ARAUJO, A. B. *Políticas sociais, emoções e desigualdades: enredando o trabalho de cuidado de idosos em uma política pública municipal*. Rio de Janeiro, 2019. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019
- AVRIL C.; CARTIER, M. *Care, genre et migration. Pour une sociologie contextualisée des travailleuses domestiques dans la mondialisation*. *Génèses*, v.1, n.114, p.134-52, 2019.
- BORGEAUD-GARCIANDIA, N. Intimidación, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes. In: _____. (Comp.) *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé, Colección Horizontes del Cuidado, 2018. p.83-104.
- BOURGEAUD-GARCIANDIA, N.; GUIMARAES, N. A.; HIRATA, H. *Care aux Suds. Travail, genre, inégalités*. *Revue Internationale des Etudes du Développement*, dossier Care, inégalités et politiques aux Suds, n.242, 2020, no prelo.
- CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCANTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.) *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p.479-515.
- DAMAMME, A.; HIRATA, H.; MOLINIER, P. (Dir.) *Le travail entre public, privé et intime. Comparaisons et enjeux internationaux du care*. Paris: L'Harmattan, 2017. Collection Logiques Sociales.
- DEMAZIERE, D. et al. *Etre chômeur à Paris, São Paulo, Tokyo*. Paris: Presses de Sciences Po, 2013.
- EHRENREICH B.; HOCHSCHILD, A. R. (Ed.) *Global Woman: nannies, maids and sex workers in the new economy*. Nova York: Henry Holt and Company, 2003.
- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.) *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.
- HIRATA, H. et al. Trajectoires professionnelles et rapports sociaux: le travail du care dans une perspective comparative. In: DAMAMME, A.; HIRATA H.; MOLINIER, P. (Dir.) *Le travail entre public, privé et intime*. Comparaisons et enjeux internationaux du care. Paris: L'Harmattan, 2017. p.33-53.
- ITO, R. Immigration et travail de care dans une société vieillissante : le cas du Japon. In: FALQUET, J. et al. (Dir.) *Le sexe de la mondialisation*. Genre, classe, race et nouvelle division du travail. Paris: Presses des Sciences Po, 2010. p.137-50.
- KERGOAT, D. Le care et l'imbrication des rapports sociaux. In : GUIMARAES, N. A.; MARUANI, M.; SORJ, B. (Dir.) *Genre, race, classe*. Travailler en France et au Brésil. Paris: L'Harmattan, 2016. p.11-23. Coll. Logiques Sociales.
- MOLINIER, P. Quel est le bon témoin du care? In: MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; PAPERMAN, *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages, 2009.
- NUSSBAUM, M. *Femmes et développement humain*. L'approche des capacités. Paris: Des Femmes, 2008.
- OCHIAI, E. *Changing care diamonds in Europe and Asia: Is Europe becoming Asia?* – Conferência, Center for French-Japanese Advanced Studies in Paris, EHESS, 13 de abril de 2015.

PELLETIER, A. S. *EHPAD, une honte française*. Paris: Plon, 2019.

RAZAVI, S. *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Genève: UNRISD, Gender and Development Programme, Paper n.3, June 2007.

TRONTO, J. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge, 1993.

_____. *Un monde vulnérable: pour une politique du care*. Paris: La Découverte, 2009.

WEBER, F.; TRABUT, L.; BILLAUD, S. (Dir.) *Le Salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*. Paris: Éditions rue d'Ulm, 2014.

RESUMO – Considerando a centralidade das mulheres no cuidado, quer gratuito quer mercantilizado, verificaremos, numa abordagem comparada, os principais pontos de convergência e divergência no trabalho de cuidadoras/es de idosos no Brasil, França e Japão, de modo a apreender as formas de organização e realização do trabalho de cuidado como relação social e interindividual. A diversidade dos contextos social, econômico, político e cultural no seio dos quais se realiza o trabalho de cuidado é tratada aqui de maneira central. O artigo considera a divisão sexual do trabalho de cuidado, a relação subjetiva ao trabalho e o papel do trabalho emocional, levando em conta as características individuais e as trajetórias profissionais e pessoais das cuidadoras. Queremos mostrar como o gênero, a raça e a classe social coconstroem essas trajetórias.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado, Comparações internacionais, Centralidade do trabalho das mulheres, Trajetórias profissionais e pessoais, Gênero. Divisão sexual do trabalho.

ABSTRACT – Women are central in paid and unpaid care work. With a comparative approach, this article studies convergences and divergences in elderly care in Brazil, France and Japan. It examines the forms of organizing and performing care work in terms of social and inter-individual relations. The diversity of social, economic, political and cultural contexts is considered. This article broaches the sexual division of care work and the workers' subjective relation to their labor, including its emotional aspects. It also takes into account individual characteristics, as well as the professional and personal trajectories of care workers. It shows how gender, race and social class co-construct the workers' trajectories.

KEYWORDS: Care, International comparisons, Centrality of women's work, Personal and professional trajectories, Gender, Sexual division of labor.

Helena Hirata é diretora de pesquisa emérita do Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, França. Professora visitante internacional no Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

@ – helenahirata99@gmail.com / <https://orcid.org/0000-0002-0341-4124>

Recebido em 14.2.2020 e aceito em 9.3.2020.

¹Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, França.