

A AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A SOBRECARGA DE TRABALHO FEMININO

Edileusa da Silva

Universidade Federal de Uberlândia

E-mail: edileusa@pontal.ufu.br

Resumo: Este estudo tem como objetivo a análise da sobrecarga de trabalho das mulheres no que tange ao cuidado de sua saúde e de seus familiares. A tese defendida é que o Estado como responsável pela garantia da saúde dos cidadãos brasileiros, conforme preconizado na Constituição de 1988 e reiterado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) como direito constituído, em decorrência de uma orientação econômica neoliberal que foi implantada no país a partir de 1990, tem se afastado da efetivação da política pública da saúde e transferido para a sociedade e para as famílias responsabilidades nos cuidados nesta área. O estudo foi realizado no Assentamento 17 de Abril, localizado na fazenda Boa Sorte. A opção de se investigar as mulheres inseridas no contexto de assentamento foi no sentido de tentar compreender se esta sobrecarga de trabalho historicamente atribuída às mulheres tinha ressonância nas mulheres moradoras em área rural e que tiveram uma trajetória de embates na luta pela terra. As entrevistas foram realizadas com seis mulheres selecionadas a partir de critérios de elegibilidade descritos na metodologia deste trabalho. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo que busca conhecer o cotidiano vivenciado pelas mulheres inseridas na área rural e usuárias da política pública de saúde. Utilizou-se de entrevistas abertas com questões norteadoras. Optou-se pela análise de conteúdo, momento em que foram elencadas as categorias que pudessem favorecer a compreensão dessa realidade.

Palavras-chave: Gênero; Política Pública de Saúde; Sistema Único de Saúde; Dupla e tripla jornada de trabalho; Reforma Agrária.

Abstract: This study aims to analyze women's workload and the task they have to assume related to their own health care and of their families. The argument is that the State is responsible for ensuring the health of Brazilian citizens, as recommended in the 1988's Constitution and upheld by the Organic Health Law (LOS). However, as a result of a neoliberal economic orientation that has been in the country since 1990, it has moved away from its responsibilities and transferred them to the society and families. A survey was conducted in "April

17 Settlement” located on the farm Boa Sorte. The option of investigating women within the context of settlement was to try to understand whether this workload historically assigned to women had resonance in women living in rural areas where there is a history of clashes in the struggle for land. Interviews were conducted with six women, selected intentionally with the eligibility criteria as described in the methodology of this study. This is a qualitative research that seeks to know the daily routines inserted by women in rural and users of public health policy. We used open interviews with leading questions.

Keywords: Gender, Public Health Policy, Health System, Dual and triple workday; Agrarian Reform.

A questão central discutida neste estudo é que há uma sobrecarga de trabalho para as mulheres no que diz respeito a responsabilidades que lhes foram atribuídas nos cuidados de seus familiares e nos aspectos que tangem aos assuntos relacionados à atenção à saúde. Responsabilidades estas reiteradas e acentuadas em virtude da maneira como a política pública de saúde se constitui na atualidade.

Historicamente, as atividades referentes à esfera doméstica e aos cuidados da reprodução social da família têm estado sob o encargo das mulheres. Isto, com a inserção destas no mercado de trabalho, trouxe-lhes a sobrecarga de atividades, ou seja, a dupla e tripla jornada de trabalho. O Estado tem dado sua cota de contribuição para o agravamento desta situação.

O Estado brasileiro tem submetido as políticas públicas ao ideário neoliberal. Ao fazê-lo, implementam tais políticas de forma fragmentada, pontual e focalizada na pobreza extrema. Ademais, o Estado transfere para a sociedade responsabilidades que lhe são pertinentes e atribui às mulheres tarefas que acentuam a já pesada sobrecarga que têm no que se refere aos cuidados de sua saúde e de seus familiares.

Breve retrospectiva das Políticas Públicas na interface com o Estado

Parte-se da concepção que o Estado, em sua estrutura, desenvolve-se conforme o momento histórico e vai desenhando seu papel conforme os interesses do capital e das classes dominantes. Existe, no entanto, uma correlação de forças e um tensionamento que ocorre por meio da sociedade civil organizada, dos movimentos sociais e da classe trabalhadora que,

dependendo do seu grau de organização, vai fazer com que o Estado se coloque de forma a conciliar os diversos interesses, minimizando a luta de classes para que o capital possa continuar se expandindo.

Segundo Faleiros (2000, p. 43), "As políticas sociais se referem, em uma primeira aproximação, ao processo de reprodução da força de trabalho através de serviços e benefícios financiados por fundos a eles destinados."

As políticas sociais são mediadoras das relações do Estado com a sociedade do ponto de vista econômico, social, cultural e de acesso à infraestrutura. De acordo com Behring (2000, p.21), "Em geral, reconhece-se que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo de produzir e reproduzir-se". A autora salienta que esta percepção da política social se consolidou a partir do momento em que a questão social foi reconhecida como fruto dessas relações sociais no âmbito do modo de produção capitalista e da maior organização dos trabalhadores em busca de seus direitos.

O Estado brasileiro e os direitos sociais

No Brasil, as primeiras medidas de proteção social surgem, no contexto econômico e político dos anos de 1930, em decorrência da industrialização e do acirramento entre capital e trabalho. Evidenciava-se que a questão social precisava ser enfrentada não mais como caso de polícia, mas dentro da esfera do Estado Social, compreendida no entorno das políticas sociais necessárias para amenizar os conflitos.

É importante ressaltar que o acesso a saúde só se efetiva, enquanto política legalmente pública e universal a todos os brasileiros, após a Constituição de 1988. Até então, o seu acesso era destinado aos que tinham carteira assinada. Os demais, que não tinham condições de pagar por este atendimento, ficavam a mercê da caridade, realizada, na maioria das vezes, pelas Santas Casas de Misericórdia; eram considerados como indigentes, sem nenhum direito garantido que lhes facultasse um atendimento na área da saúde.

Segundo Faleiros (2000), os atendimentos de saúde, destinados às pessoas que tinham poder aquisitivo para pagar pelos procedimentos necessários, eram realizados na esfera privada por serviços particulares; os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média; os serviços públicos para os pagantes da Previdência Social e para os pobres considerados indigentes, a caridade. Os serviços prestados a este segmento

da população - que não contribuíam para a Previdência e nem tinham recursos para convênios - era portanto, realizado por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal. Nos prontuários médicos dessas pessoas era escrito a categoria "indigente".

Os desafios para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

A década de 1980 compreende o período da história do Brasil em que estava dando por encerrada a fase de vinte anos (1964 – 1984) da Ditadura Militar que deixou marcas indeléveis para o país. Apontada por muitos autores como década perdida na perspectiva econômica, mas de grande efervescência da organização social da população, dos movimentos sociais.

Destacam-se neste período os movimentos na área da saúde que vinham atraindo a participação de vários sujeitos sociais que reivindicavam uma nova maneira de se fazer saúde, o que possibilitou um amplo debate que se expandiu para a sociedade civil. Nesta busca por patamares aceitáveis de saúde, emergiu no Brasil o Movimento de Reforma Sanitária que tinha como objetivo defender atendimento para todos com a devida qualidade e que deveria, portanto, ser gerida e promovida pelo Estado.

De acordo com Bravo (2007, p. 96), "As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...]"

Apesar das divergências e tensionamentos, o acesso à saúde passa a ser garantido pela Constitucional como direito de todos e o Estado torna-se um dos principais responsáveis em criar meios para a sua efetivação. A partir da Constituição, foram criados os elementos que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS: na contramão do projeto neoliberal?

São inegáveis os avanços conquistados e garantidos em lei para a área social, consolidando esforços na busca da garantia desses direitos para todos os cidadãos brasileiros. Mas, muito do que foi elencado como direitos sociais na Constituição não conseguiu se efetivar em sua plenitude. Uma das dificuldades para se colocar em prática esses direitos é que eles ocorreram na

contramão do projeto neoliberal que estava sendo implantado no país, o qual previa uma atuação mínima do Estado na área social.

De acordo com Campos (2006), o SUS atende setenta por cento da população que depende exclusivamente deste atendimento para suas necessidades no que tange às questões referentes à sua saúde. A partir dos dados do IBGE, do ano de 2005, o autor demonstra que trinta por cento dos brasileiros ou têm planos de saúde ou recursos financeiros para custear seus atendimentos.

Muitas das propostas e princípios do SUS não conseguiram se efetivar, existindo um vácuo entre a lei e a realidade, mas, ainda assim, pode se afirmar que é uma das políticas sociais mais avançadas do país. “O Sistema Único de Saúde, mesmo que não tenha sido implantado na sua plenitude como garante ainda, a Constituição de 1988, guarda ganhos para a classe trabalhadora brasileira” (VASCONCELOS et al., 2004, p. 49).

A implantação da política de orientação econômica neoliberal incide nas políticas sociais que vão sendo implantadas de forma pontual e fragmentada. Vão ofertando o mínimo necessário para a população, sem gerar grandes mudanças no modelo de acumulação de riqueza adequado à forma capitalista.

Para Paulo Netto (2004, p. 20), mesmo no governo Lula há uma nítida transferência para a sociedade da responsabilidade pelo enfrentamento da questão social, retirando do Estado a centralidade de intervir “[...] pois, compreende-se como o governo liderado por Luiz Inácio Lula da Silva (e nisto também não difere daquele que o antecedeu, senão talvez em termos quantitativos) é tão simpático a certo onguismo.”

De acordo com Bravo (2007, p. 100), a saúde vem sendo vinculada ao mercado, marcando o descumprimento por parte do Estado do que foi elencado como princípios do SUS, pois a sociedade civil vem paulatinamente assumindo as responsabilidades em se fazer saúde. “A refilantropização é uma das suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades de profissionais, com o objetivo de reduzir custos.”

Os atendimentos na área da saúde têm sido realizados com alto grau de seletividade, deixando um enorme vácuo entre a proposta governamental e sua efetivação na prática, o que se traduz em perdas para os cidadãos brasileiros que ficam desamparados mediante políticas tão excludentes.

Para Behring (2008), as políticas sociais estruturadas no ideário neoliberal estão sendo conduzidas no tripé: “privatização, descentralização e focalização”. Vieira (2007, p. 104), ao analisar o porquê essas políticas e programas governamentais não funcionam e não se efetivam, deixa explícita

a sua compreensão dessa questão: “Quase sempre não se concretizam, apenas se transformam em programas e diretrizes para serem exibidos à sociedade, sem intervenção nela, porque não têm função de intervir.”

Corroborando com esse debate as reflexões de Faleiros (2000) que, ao fazer a análise do Estado de orientação econômica neoliberal, reafirma os argumentos de que na vigência desse modelo de Estado há uma clara transferência de suas responsabilidades para a sociedade. Os serviços que deveriam ser implantados na busca de solucionar as necessidades sociais apresentadas pela população são transferidos para a sociedade civil. Espera-se que se viabilizem através do mercado, pois o “Estado neoliberal prevê que cada indivíduo vele por si mesmo ao invés do Estado de direito” (FALEIROS, 2000, p. 54).

O Estado que por meio das políticas públicas deveria manter o bem-estar da sociedade, numa perspectiva neoliberal, afasta-se das suas atribuições sociais e transfere esta responsabilidade à sociedade, em especial à família. Esta, por sua vez, em geral, a transfere para as mulheres. Elas têm assumido de forma sistemática os cuidados dos seus familiares adoecidos ou em situação de vulnerabilidade.

As famílias frequentadoras dos serviços de saúde em geral são parte da classe que vive do trabalho. Estão empobrecidas e diante de situações de fragilidade em decorrência de desemprego, baixos salários, piores condições de trabalho e ausência de acesso às políticas públicas de qualidade e, por isso, acabam por incorporar a identidade atribuída de ser a única provedora de “bem-estar social” dos seus membros, quando esse papel deveria ser assumido pelo Estado. Ele, além de sobrecarregar a família, reduz as despesas com os investimentos sociais, mantendo as políticas sociais frágeis, fragmentadas e parciais.

Na concepção de Behring (2006), a política social atende tanto às necessidades dos trabalhadores quanto às do capital. Desse modo, deve-se considerar a correlação de forças sociais, políticas e econômicas frente à determinação do Estado regular ou não a política pública de saúde. É preciso buscar além das informações plasmadas em leis e políticas públicas e se atentar para os movimentos que levaram a sua instituição.

A diminuição das responsabilidades do Estado na vigência das orientações neoliberais que primam por privatizações e focalização dos serviços públicos aumentou o trabalho doméstico e de cuidados no que diz respeito aos aspectos referentes à saúde das famílias, tendo estas que arcarem com responsabilidades dos serviços públicos. “Ou seja, no mundo inteiro, foi sobre os ombros das mulheres que recaiu uma enorme carga de trabalho, com a diminuição das políticas sociais” (SOF, 2011, online).

Aspectos metodológicos

Visando examinar essas questões, realizamos uma pesquisa no Assentamento 17 de Abril, no município de Restinga no Estado de São Paulo.

São sujeitos deste estudo seis mulheres, casadas legalmente ou que têm união consensual com seus companheiros, que têm filhos, que assumem responsabilidades do negócio familiar na gestão dos lotes e que haviam utilizado no ano de 2009 alguma, assistência realizada pela equipe de saúde existente no assentamento.

Elas foram convidadas a participar da pesquisa no momento em que aguardavam consultas médicas. As entrevistas foram agendadas com dias e horários preestabelecidos e ocorreram no PSF. A pesquisa de campo foi realizada nos meses de junho e julho de 2010.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, portanto, a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados se faz necessária e desejável, sendo a entrevista, também, um momento de aproximação da realidade por eles vivenciada. Há a concepção dos limites deste tipo de pesquisa, pois, como afirma Minayo (2004, p. 115) "A realidade social é um lusco-fusco, mundo de sombra e luzes em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais."

As entrevistas foram realizadas com apoio de um roteiro semi-estruturado, elaborado com questões norteadoras, visando dar maior liberdade aos sujeitos de respondê-las. As questões foram divididas em quatro blocos: o primeiro com questões relacionadas à identificação das entrevistadas e dos seus familiares; o segundo bloco tem questões referentes à vida no assentamento; o terceiro, sobre a saúde; o quarto refere-se às questões de gênero.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas. As falas foram mantidas de acordo com a forma de se expressar das entrevistadas, a fim de assegurar a fidelidade dos depoimentos adquiridos e apreender a realidade por elas vivenciada.

Os depoimentos foram categorizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. As categorias de análise foram construídas com embasamento na revisão bibliográfica a respeito do tema e dos dados das entrevistas realizadas, o que possibilitou melhor apreensão dos significados do universo dos sujeitos pesquisados.

Feitos os devidos esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e de sua importância científica e acadêmica, as entrevistadas foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pautando-se pela ética e respeito a cada uma delas. Por se tratar de pesquisa com seres

humanos o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da UNESP de Franca, tendo sido aprovado.

A cada entrevistada foi atribuído um nome fictício.

As mulheres nos papéis de promotoras e cuidadoras da saúde da família

A concepção das mulheres como cuidadoras ou como promotoras da saúde está de certa forma tão internalizada que, durante a realização da Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em Adelaide, Austrália, no período de 5 a 9 de abril de 1988, uma de suas prioridades foi a discussão dos papéis desempenhados pelas mulheres como responsáveis pelos cuidados da família no que se refere às questões relacionadas à saúde. A declaração de Adelaide reiterou o seu papel de responsável pelo cuidado da família, convocando a todos para que as mulheres recebam apoio para o desenvolvimento dessas atividades.

A orientação foi a de que as mulheres recebam mais informações, apoio para o desenvolvimento do seu trabalho no que tange às questões da saúde. Contudo, não houve uma discussão para que essas responsabilidades sejam compartilhadas com outros membros da família ou com os órgãos públicos competentes por promover a saúde da população.

Constata-se que as responsabilidades nos cuidados dos familiares são atribuições femininas. Quando se tem problemas de saúde, as mulheres são chamadas a resolverem todas as questões pertinentes que envolvem o adoecimento. Elas desenvolvem estas funções de forma natural, pois assim foram socializadas. Evidencia-se que o trabalho desenvolvido não traz qualquer remuneração financeira às mulheres. Trabalho este invisível que não foi questionado por nenhuma das entrevistadas.

Elas verbalizaram que não podem adoecer, visto que “fazem tudo”. Os cuidados com a casa, com a roupa, a horta, dentre outros, são trabalhos importantes para a manutenção da família. Mesmo as tarefas realizadas na limpeza da casa são percebidas na perspectiva de prevenção de doenças, pois se trata da higienização do ambiente.

As mulheres do Assentamento desenvolvem as diversas funções que são a elas atribuídas, entendem que precisam estar em pleno gozo de sua saúde, para que possam corresponder às expectativas que lhe são depositadas, mas esperam que se um dia adoecerem haja alguém para cuidar delas também.

Graças a Deus... nem posso adoecer...um dia desses, tava conversando lá em casa... eu dô tudo, roupa lavada...dô comida...trabalho e cuidado da horta....cuido e da casa...e pra mim, quem faz um dia....a mãe,... a gente vai tem que cuidar da senhora....então vai existir isso...hoje eu cuido deles....chega um dia, que eles vai cuidar de mim (Cecília Meireles).

Outra questão encontrada na pesquisa diz respeito ao fato de as mulheres conseguirem cuidar dos membros do seu núcleo familiar e ainda terem que cuidar de outros familiares, atividades estas que podem gerar a dupla ou tripla jornada de trabalho.

As entrevistas evidenciam que mesmo familiares que não residem na mesma casa, nem mesmo no Assentamento, recebem a ajuda das mulheres para levar ao médico, para cuidar dos aspectos referentes à saúde. Uma das mulheres que concedeu declarações deixa explícitas essas responsabilidades.

É eu né...minha mãe fica doente...eu vou com ela...mas ela não mora aqui...mora lá (Franca)...eu fico na casa dela...levo no médico...a minha irmã é que marca...eu que vou (Cora Coralina).

Constata-se que na divisão sexual dos trabalhos realizadas no âmbito familiar, os cuidados são atribuídos às mulheres. Em geral, os homens não participam dessas atividades. No caso citado por Cora Coralina, que alega sair do Assentamento para ir à Franca para cuidar da mãe, essa responsabilidade do cuidado é dividida com a irmã que realiza as marcações das consultas e ela acompanha para o atendimento médico. O irmão não participa da divisão dos serviços deste processo de tratamento da saúde de sua mãe.

Outra questão abordada refere-se ao acompanhamento dos filhos. Ele, constantemente, é realizado pelas mulheres. Elas também acompanham os companheiros, mesmo que seja “uma dor de garganta” conforme elencado por uma das entrevistadas. Todas essas atribuições sobrecarregam as mulheres que precisam realizar todas as funções que tangem aos cuidados da família.

É eu....as crianças é eu...quando é meu marido, eu tava indo com ele...quando ele fica com inflamação na garganta, tenho que ir com ele, pois ele fica mal mesmo...mas é muito difícil ele ficar doente...quando é as crianças, eu mesmo. (Clarice Lispector)

Eu que acompanho o médico...precisar de dar remédio...eu que dô...mais é eu mesma...quando fica doente...tem as minhas filhas...que ajudam...ajudam. muito...precisando...elas também...acompanhar no médico...fazendo exames...qualquer coisa (Adélia Prado).

Dei os remédios, ficou com a perna engessada...deu fratura....exposta....aí, ficou lá de repouso....muito tempo....aí eu cuidei dela....graças a deus. A vida inteira era eu... (risos)... até pros netos.... enquanto a gente aguentar (Nísia Floresta).

Indagada se gostariam de dividir as tarefas dos cuidados de saúde com alguém da sua família, Nísia Floresta alega que não. Percebe-se a internalização de suas obrigações, pois como desejar algo que sempre lhe foi negado, porquanto à mulher historicamente foi atribuído o papel de cuidadora, de responsável pelo doméstico.

Não, enquanto a gente tiver aguentando...a gente vai fazendo...um dia que a gente não aguentar...fazer sozinha...(risos)... tomara que acha alguém para ajudar (Nísia Floresta).

Constata-se uma hierarquização das tarefas que são atribuídas às mulheres adultas da família. Quando não podem, por quaisquer motivos, desempenhar suas funções, outra mulher da família assume o que deveria ser realizado por elas.

Um cuidando do outro...apesar que é difícil... ficar doente...quando eu fico doente, minha mãe acompanha...se minha mãe tá... eu acompanho...levo...a família... uma vai ajudando a outra (Narcisa Amália).

É patente as dificuldades das mulheres em romperem com os papéis que lhe foram atribuídos de mãe, esposa e cuidadora.

Essa situação corrobora afirmações de órgãos de pesquisa que apresentam dados referentes a situação das mulheres no interior dos lares e elencam a sobrecarga de trabalho como um dificultador para elas se inserirem no mercado de trabalho, bem como reiteram a desigualdade que elas vivenciam em relação aos homens. "A persistente responsabilização das mulheres pelos trabalhos domésticos não remunerados é apontada como fator preponderante na desigualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho" (IPEA, 2010, online).

As mulheres do Assentamento têm dificuldades de acesso aos atendimentos de saúde, já que ocorre a falta de médicos, de medicamentos e de exames. Quando necessitam de tratamentos de especialistas que são realizados fora do Assentamento as dificuldades são vivenciadas em um longo período de espera por um estabelecimentos onde os mesmos devem ser atendidos. Todas essas questões dificultam ainda mais o trabalho das mulheres que precisam demandar mais serviços na garantia de sua saúde e de seus familiares.

Conforme já destacado anteriormente neste trabalho, na nossa sociedade homens e mulheres não compartilham da mesma posição. As mulheres moradoras do meio rural que são agricultoras possuem uma extensa jornada de

trabalho, pois além de cuidarem das atividades domésticas, historicamente desprezadas por não se inserirem no circuito mercantil, ainda desenvolvem atividades produtivas, ao lado do marido, em todas as fases da produção, objetivando a subsistência da família. Portanto, a divisão sexual do trabalho coloca as mulheres numa situação de desigualdade. Nem sempre a mulher é ouvida, e ainda se constata que são elas que se responsabilizam pelos cuidados de saúde dos seus familiares, enfrentando a falta de organização e de resolutividade do setor saúde, em uma desresponsabilização cada vez maior do Estado.

Considerações finais

Constatou-se que em decorrência das ineficiências do sistema público de saúde e da transferência de responsabilidades praticadas continuamente no Estado de orientação econômica neoliberal, acentuou, ainda mais, a sobrecarga de trabalho imposta cotidianamente às mulheres do Assentamento 17 de Abril.

As políticas públicas foram criadas para dar o mínimo necessário de bem-estar social a todos que delas necessitam, na perspectiva de amenizar os conflitos entre capital e trabalho e manter a população silenciosa. Entretanto, as políticas públicas também são frutos das lutas dos trabalhadores que forjam reivindicações sistemáticas de oposição ao sistema capitalista. Um sistema que explora a força de trabalho e constrói riquezas para uma minoria enquanto que para a maioria resta apenas o mínimo para sua sobrevivência e a de seus familiares.

Existe um vácuo entre as políticas públicas e a realidade em que vivem milhares de famílias empobrecidas sem acesso aos bens sociais produzidos por esta sociedade.

Na área da saúde, o Estado tem desenvolvido uma política de favorecimento ao mercado, pois, numa contradição de oferta de serviços, os procedimentos de alto custo têm sido realizados pelo SUS, mesmo para os usuários conveniados, deixando os convênios médicos, que visam lucros, livres desses custos. O Estado ainda tem favorecido a isenção de impostos para quem paga esses mesmos convênios médicos, recursos estes que poderiam estar sendo destinados aos atendimentos no SUS.

O Sistema Único de Saúde vem sofrendo os impactos dessa política. Observa-se hoje a desconstrução da saúde como direito universal, público e gratuito, o que pode ser constatado na privatização dos serviços, na

falta de financiamento adequado dos programas e na responsabilização dos municípios.

O trabalho da mulher em seu domicílio é invisível. A rotina das atividades desenvolvidas dentro do lar e todas as demandas que deve atender requerem longas e cansativas jornadas de trabalho constituem alguns dos problemas que a mulher enfrenta por sua condição de esposa e mãe. Esta situação está dada e tão naturalizada que geralmente passa despercebida como questão a ser enfrentada, como se não estivesse envolta em violência e marcada por privações das quais as mulheres estão cotidianamente expostas. Sendo assim, esta discussão nem sempre ganha as dimensões necessárias, pois as próprias mulheres, em geral, não percebem esta condição como problema, como se estas situações fossem inerentes ao papel em que elas têm de desempenhar nesta sociedade. “Na história das mulheres, as funções e representações que lhes foram atribuídas, acabaram sendo transformadas em desigualdades sociais - sexuais ou de gênero” (RODRIGUES, 2001, online).

Percebe-se que o afastamento do Estado das políticas públicas foi acompanhado do discurso de revalorização conservadora da família. De acordo com Pereira (2004), este discurso não veio acompanhado de políticas públicas que garantissem o seu fortalecimento. Portanto, chama a atenção para os perigos da nova linguagem em torno do mistificado caráter da família. Esta identidade positiva e atribuída que a família incorporou no contexto neoliberal faz com que ela seja a principal provedora de “bem-estar social” dos seus membros e não o Estado.

Os cuidados da saúde, que se tornam atribuições quase exclusivas das mulheres em decorrência da ausência de uma política pública de saúde eficiente, sobrecarrega ainda mais as moradoras de assentamentos rurais que precisam criar estratégias para receberem atendimentos, quer seja para elas mesmas ou para familiares.

Referências

ABREU, Haroldo Baptista. *As novas configurações do Estado e da sociedade civil*. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: crise contemporânea. mod. 1. Brasília, DF: UnB : CEAD : 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania*. In: In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: política social. mod. 3. Brasília, DF: UnB : CEAD : 2000.

_____. Fundamentos de política social. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.).

Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez : OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* 2. ed. São Paulo: Cortez : OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 132-146, set. 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: *CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: política social.* mod. 3. Brasília, DF: UnB : CEAD : 2000.

IBGE. Censo demográfico 2000: cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/familias/tabdombr125.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

IPEA. Sobrecarga no lar impacta ascensão feminina no trabalho. mar. 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=825>. Acesso em: 8 mar. 2010.

PAULO NETTO, José. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 25, n. 79, p. 5-26, set. 2004.

RODRIGUES, Almira. Práticas sociais, modelos de sociedade e questões éticas: perspectivas feministas. 2001. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos_detalhes.asp?IDArtigo=3>. Acesso em: 26 set. 2009.

SOF. Folha Feminista: *Boletim da SOF na luta feminista*, n. 69, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.sof.org.br>>. Acesso em: 4 abr. 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria et al. Profissões de Saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

VIEIRA, Evaldo. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 19, n. 56, p. 9-22, mar. 1998.

_____. *Os direitos e a política social.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.