

Deficiência e cuidado: por quê abordar gênero nessa relação? /

Deficiency and care: why discussing gender in this relation?

RAQUEL GUIMARÃES*

Resumo: Um estudo realizado na Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência (Prodide), órgão do Ministério Público, dividiu-se em duas etapas: pesquisa documental, com a análise de 48 processos, e pesquisa etnográfica, com o acompanhamento de 21 sessões de atendimentos da Prodide. Os resultados mostraram que as mulheres são as principais figuras que exercem o papel do cuidado de pessoas deficientes e que a ausência ou inexistência da figura feminina como cuidadora do/a deficiente na família, gera, em muitos casos, a responsabilidade do Estado em cuidar. Os dados apontam a necessidade de se considerar a desigualdade de gênero na elaboração de políticas sociais no âmbito da deficiência e de se incluir mulheres cuidadoras como sujeitos passíveis de ter acesso a direitos sociais básicos.

Palavras-chave: cuidado, gênero, deficiência, justiça social.

Abstract: The present study results from a research conducted in the Justice Prosecution for Elderly People and Disable People (PRODIDE), a section of public prosecution service. The research aimed to analyse the way the relations of care take shape in the environment of disability. The methodology was divided into two stages: documental survey, in which 48 processes were analysed and ethnographical research that consisted of 21 attendances to PRODIDE services. The results show that women are the main figures performing the role of carer of handicapped people and that the absence or inexistence of the woman figure as carer in the family, bears, in many cases, the state's responsibility to care. Data point the necessity to consider gender inequality in the

* Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília. E-mail: raquel_guima@yahoo.com.br

elaboration of social policies on disability and to consider women carers as subjects to basic social rights.

Keywords: care, gender, disability, social justice.

Introdução

O cuidado é uma prática geralmente relacionada com as pessoas dependentes. Crianças, idosos, pessoas com alguns tipos de deficiência ou doença são vistas como pessoas que necessitam de cuidado.¹ Ser dependente, no entanto, não é um fato exclusivo de segmentos sociais fragilizados, pois todas as pessoas são, em certa medida, dependentes, sendo a vida em sociedade permeada por relações de interdependência. O cuidado, portanto, não se restringe a alguns grupos; é uma condição da vida humana e uma atividade constante buscando manter, continuar e reparar o mundo, para que se possa viver nele da melhor maneira possível (Tronto, 2007).

A delinação entre a esfera pública e privada, ocorrida na sociedade brasileira do início do século XX, não possibilitou que as diferentes funções atribuídas a homens e mulheres fossem culturalmente valorizadas de forma semelhante. As atividades masculinas, associadas à esfera pública, foram dotadas de poder e valor, enquanto as atividades exercidas por mulheres, como o cuidado, foram desvalorizadas (Maluf; Mott, 1998). Considerando que, frequentemente, o cuidado é atribuído aos tipos de trabalho e preocupações que são delegados às mulheres, isso justifica o destaque dos estudos feministas nesse campo.

Apesar da luta do movimento feminista pela desnaturalização dos papéis socialmente construídos, o cuidado ainda é compreendido como um valor predominantemente feminino e, não raro, mulher e cuidado são tidos como termos conexos

¹ Há um extenso debate quanto à terminologia mais adequada para se referir às pessoas que experimentam a experiência da deficiência. Este trabalho utiliza pessoa deficiente, pessoa com deficiência e deficiente ao abordar os indivíduos que, devido uma lesão, sofrem opressão pelo corpo, sendo esta uma tendência crescente nos estudos acadêmicos.

pela sociedade. Cuidar implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos, e embora comum em diversas culturas, sua forma de expressão é variada, sendo a família um importante grupo onde se expressa o ato de cuidar. No contexto familiar, a pessoa cuidadora geralmente se materializa na figura da mulher que, ao longo da história, aprendeu a cuidar no convívio com outras mulheres de sua família ou grupo sociocultural (Santos, 2003). Esse processo de aprendizado e de reprodução dos valores culturais é, freqüentemente, entendido como algo natural, integrado com as demais funções relativas às atividades familiares e domésticas.

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa desenvolvida no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), que teve como objetivo central analisar de que forma as relações de cuidado se expressam no ambiente da deficiência. Nem todas as pessoas deficientes necessitam de cuidados para sobreviver, e este trabalho buscou analisar o cuidado, não como uma condição para sobrevivência, mas como uma questão de justiça social e um princípio ético que rege a vida em sociedade. O estudo buscou analisar o cuidado além das fronteiras da responsabilidade feminina e familiar, adentrando a esfera pública e encarando o cuidado como um direito e, também, como responsabilidade do Estado e da sociedade.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida na Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência (Prodide), órgão do MPDFT. A Prodide, criada em 2000, é composta pela 1ª e 2ª Promotorias. Além de tomar as providências cabíveis na defesa dos direitos individuais indisponíveis ou coletivos das pessoas com deficiência no Distrito Federal (DF), a Prodide tem sob sua responsabilidade a manutenção do Núcleo Regional de Informação sobre Deficiência do Distrito Federal (Nurin-DF) (Brasil, 2007).

O Núcleo, dentre suas funções, é responsável por reunir, tratar e difundir informações na área de deficiência no DF. Além disso, informa qualquer pessoa ou instituição que tenha interesse sobre direitos assegurados aos idosos e deficientes, e, também, encaminha para as Promotorias reclamações feitas por essas pessoas para que sejam tomadas as devidas providências.

O trabalho de campo foi dividido em duas fases. A primeira consistiu em uma análise documental de processos de investigação preliminares (PIPs) abertos pela Prodide quando se suspeita que uma pessoa deficiente teve algum direito violado. O processo averigua se houve, de fato, alguma restrição de direito, e, em caso afirmativo, toma as providências adequadas. Durante três meses foram analisados todos os 48 processos da 1ª Promotoria arquivados no período de janeiro de 2006 a abril de 2007.

A segunda fase, a pesquisa etnográfica, consistiu em, durante três meses, fazer o acompanhamento das sessões de atendimento a pessoas que buscavam no Nurin orientações sobre deficiência. As sessões de atendimento do Nurin são destinadas a informar pessoas deficientes e não-deficientes sobre a deficiência e os direitos dela decorrentes, além de se poder requisitar providências cabíveis quando há violação de direitos. Para a análise etnográfica no NURIN, o instrumento utilizado foi o diário de campo. Ao todo, foram acompanhados 21 casos.

A deficiência como experiência de opressão pelo corpo

A deficiência foi, por muito tempo, um campo de estudos exclusivamente biomédicos. A Biomedicina, maior expoente nesses estudos, tinha sua ação voltada para o cuidado do corpo deficiente e suas ações visavam à medicalização do corpo como uma forma de incluir a pessoa deficiente na sociedade. Na década de 1970, a deficiência sai da exclusividade do discurso biomédico e entra

para o campo das Ciências Sociais, devido, em grande parte, a um movimento de deficientes que surge no Reino Unido: o modelo social da deficiência. Os teóricos do modelo social da deficiência entendiam a deficiência como uma forma de opressão social e não como uma tragédia pessoal (Oliver; Barnes, 1998). Para eles, a deficiência deveria ser compreendida como consequência de estruturas sociais pouco sensíveis às diferenças corporais e não como um resultado de suas lesões.

O modelo social compreendia a deficiência partindo do conceito de estigma proposto por Erving Goffman (1988): é uma marca social que certos indivíduos carregam por possuírem características diversas daquelas padronizadas por uma sociedade. Uma pessoa que é segregada socialmente por sua condição corporal experimenta não só a deficiência, como também a estigmatização. O autor diferencia três tipos de estigma: 1) as abominações do corpo; 2) as culpas de caráter individual; e, 3) os estigmas de raça, nação e religião. O conceito de deficiência proposto pelo modelo social corresponderia ao primeiro tipo de estigma. O corpo deficiente está à margem do padrão corporal estabelecido, e, por não se adequar às normas sociais, é estigmatizado.

Uma grande inovação trazida pelo modelo social no campo da deficiência foi a diferenciação entre lesão e deficiência. Se, para o modelo médico, a distinção entre os dois conceitos não tinha importância significativa, para o modelo social essa distinção era primordial. Diferenciar natureza e sociedade, separando a relação de causalidade entre lesão e deficiência, e definir deficiência como uma questão sociológica era o que buscava o modelo social. Redefinir lesão e deficiência permitiria compreender que uma pessoa pode experimentar a deficiência sem ter lesões, como pode ter alguma lesão e não experimentar a deficiência. A partir dessa redefinição, os teóricos do modelo social propunham compreender deficiência como uma experiência de opressão compartilhada por pessoas com diferentes tipos de lesões.

A crítica feminista ao modelo social da deficiência

Os precursores do modelo social acreditavam que as desvantagens dos deficientes eram resultados das barreiras arquitetônicas e que a retirada dessas barreiras possibilitaria a sua independência. Os primeiros teóricos do modelo social eram em sua maioria homens com lesões medulares. No pensamento desses teóricos várias questões acerca da deficiência não foram consideradas, vindo à tona na segunda geração do modelo social que contou com a participação de teóricas feministas. Foram elas que mencionaram o cuidado, a dor, a lesão, a experiência do corpo doente, a dependência, a interdependência e o papel das cuidadoras dos deficientes e, também, trouxeram o argumento de que, para certas categorias de deficientes, não basta a eliminação de barreiras para exercer a independência, pois há certos deficientes que jamais serão independentes; além disso, a interdependência é uma condição indispensável à vida social, inclusive para pessoas não-deficientes (Diniz, 2007).

De acordo com Diniz (2007), três pontos resumem a argumentação feminista nos estudos sobre deficiência: a crítica ao princípio da igualdade pela independência, a emergência do corpo com lesões, e a discussão sobre o cuidado. Neste último ponto, as pensadoras da segunda geração mostraram que o cuidado foi esquecido pelos precursores do modelo social, embora represente um princípio ético fundamental às organizações sociais. A preocupação das teóricas feministas do cuidado, em sua maioria cuidadoras, era defender os interesses de um grupo de deficientes que demandava o cuidado como uma questão de justiça. Os teóricos do modelo social encaravam a questão do cuidado como uma ameaça política, pois colocava o deficiente no espaço de subalternidade e exclusão, uma vez que seria mais fácil garantir o cuidado do que modificar a estrutura opressiva. Além disso, era intrigante para o modelo social reconhecer nas cuidadoras outra autoridade na deficiência que não fosse a própria pessoa deficiente.

Segundo Eva Kittay (1999), a dependência é uma condição inelutável na história de vida de cada um, pois em algum momento da vida, as pessoas demandam cuidados. A infância, por exemplo, é uma fase em que a sobrevivência só é possível devido ao cuidado de outras pessoas. A dependência não é uma circunstância excepcional, tampouco é apenas uma condição para sobreviver. A dependência é fundamental para o desenvolvimento cultural e se expressa nas relações sociais de diversas maneiras, proporcionando uma variedade de interações e evidenciando a interdependência humana. A teoria da dependência articula princípios, condições e valores de um tipo de trabalho: cuidar de pessoas que são dependentes de outras. A teoria de Kittay objetiva construir o trabalho do cuidado como inerente socialmente e, assim, estabelecer uma estrutura para uma política que leve em consideração as relações de dependência. Como a sociedade sustenta as relações entre pessoa dependente e pessoa cuidadora e distribui o trabalho do cuidado baseado no gênero, o cuidado adquire um caráter político (Ruddick, 2002).

As críticas feministas pós-modernas classificam o modelo social como um movimento concebido dentro de uma categoria moderna e universalizante, incapaz de considerar a pluralidade dentro da deficiência e a complexidade dos fatores culturais e sociais. Para elas, tanto o modelo médico como o modelo social procura explicar a deficiência de forma universal, o que acaba por generalizar e excluir importantes dimensões da vida de pessoas que experimentam a deficiência e o seu conhecimento. Na intenção de se distanciar completamente da idéia de que a lesão causa deficiência – abordagem adotada pelo modelo médico –, a maioria dos pensadores do modelo social da deficiência não deu atenção suficiente para os caminhos nos quais as diferentes formas de lesão vêm associadas a diferentes formas ou manifestação do *disablism* (Thomas; Corker, 2004).² Isso significa que a experiência

² Ao contrário de outras terminologias como sexismo e racismo, que expressam a opressão de mulheres e negros, não há uma palavra em português para expressar a opressão pela deficiência. Dessa forma, o vocábulo inglês *disablism* é usado para expressar essa relação de desigualdade.

da deficiência não é una, há diversas variáveis da realidade que, inter-relacionadas, produzem experiência diversas.

Estudos sobre cuidado

As teóricas feministas da deficiência foram as primeiras a falar do cuidado de pessoas deficientes e das questões morais e éticas que essas relações suscitam. Elas, no entanto, não foram as primeiras a teorizar sobre o cuidado. Sabe-se que o cuidado é uma prática antiga que, dentre suas funções, visa assegurar a vida e a preservação, sobretudo, dos seres humanos. O cuidado é uma prática complexa e envolve diversos fatores que vão além da pessoa que cuida e da que recebe os cuidados (Terra *et al.*, 2006).

O exercício do cuidado foi, durante muitos anos, confinado exclusivamente ao espaço doméstico. Com as transformações da sociedade, as atividades cuidar/cuidado foram sendo profissionalizadas, ganhando significativa expressão no campo da saúde, em especial na Medicina e na Enfermagem (Santos, 2003). O cuidado no Serviço Social, embora esteja presente nas atuações dos profissionais de diversos ramos, tem visibilidade, principalmente, nos profissionais da saúde. Nas Ciências Sociais, especialmente no Brasil, os estudos sobre cuidado não são temas recorrentes, porém, gradativamente vêm conquistando espaço no debate acadêmico.

O cuidado não possui uma definição consensual. Nel Noddings (2003) define cuidar como um estado mental sobrecarregado, um estado de ansiedade, medo ou preocupação em relação a alguma coisa ou a alguém. Para a autora, as pessoas cuidam de alguma coisa ou de alguém pelo qual tenham consideração ou afeição. Se a pessoa ou objeto é indiferente, não é possível se falar em cuidado, uma vez que o cuidado seria um encargo e uma relação dual. Para Noddings (2003), o reconhecimento por quem está sendo cuidado é necessário para se configurar uma relação de cuidado. A pessoa cuidada não precisa responder a quem cuida

da mesma forma, no entanto, é preciso responder-lhe de algum modo. O cuidado só existe quando há reciprocidade.

Em contrapartida ao pensamento de Noddings, Joan Tronto (2007) defende o cuidado não apenas como uma atitude de compaixão, alteridade e reconhecimento, mas como um ato de responsabilidade em fazer um trabalho e suprir as necessidades de outros. Para Tronto, a dualidade proposta por Noddings não é capaz de abarcar outros fatores externos a quem fornece e a quem recebe cuidados. O cuidado é uma dimensão que envolve não apenas pessoas que cuidam e que são cuidadas, mas um complexo conjunto de relações sociais relacionadas com o cuidado. A visão dualista isola as partes da relação de cuidado e não permite que se reconheça a vulnerabilidade, a carência e, até, a incompetência de algumas cuidadoras.

Tronto (1997) discute que é preciso separar os aspectos femininos e feministas dos cuidados, e essa não é uma tarefa simples, pois diversos pontos dessas vertentes se sobrepõem. A abordagem feminina do cuidado parte do pressuposto de que ele é uma tendência natural do ser humano e que se fundamenta na relação dual de quem fornece e quem recebe (Noddings, 2003). O cuidado, nessa concepção, foi, em um primeiro momento, entendido como o “trabalho do amor”. A abordagem feminina do cuidado não se preocupa em criticar as divisões tradicionais de gênero que desvalorizam as atividades exercidas pela mulher. Ao contrário, ela pactua com o discurso de que algumas das diferenças entre os papéis exercidos por homens e mulheres estão na biologia.

A concepção feminista contesta a suposta natureza feminina do cuidado e considera que a relação entre pessoa cuidadora e a que é o objeto de cuidado envolve um conjunto de relações sociais mais complexos do que a relação dual. Para as teóricas feministas, a dualidade focaliza em quem recebe o cuidado e não considera

o cuidado como uma premissa fundamental para a vida social. O ponto central debatido pela abordagem feminista consiste na idéia que ninguém é totalmente autônomo, que todas as pessoas são vulneráveis e que esta vulnerabilidade se inter-relaciona, pois todos necessitam de cuidados a cada dia para continuar vivendo (Tronto, 2007). Os aspectos feministas dos cuidados e do cuidar, segundo Tronto (2007), se situam como um fenômeno moral dentro do contexto político. Para que a perspectiva feminista seja transformadora, é preciso uma reformulação da visão que se tem sobre o contexto político.

Afirmar que o cuidado envolve questões morais implica relacioná-lo a ética. Vera Regina Waldow (2001) defende a idéia de que o cuidado humano é uma atitude ética em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos e necessidades uns dos outros, sendo uma forma de convivência que busca o bem-estar próprio e social. O cuidado como condição da vida humana deve ser entendido não apenas como um problema familiar, mas, sobretudo, como uma questão social e política. Pautar o cuidado como um valor ético significa dizer que “nós só podemos sobreviver e nos desenvolver entre redes de interdependência com outras pessoas e essas redes de dependências constituem vínculos morais que continuam a ‘unir’ mesmo adultos moralmente formados” (Scully, 2005, p. 122).

Qualquer pessoa, em algum momento da vida, esteve em alguma situação de dependência. A categoria dependência, nas sociedades ocidentais, focaliza o que é ser dependente nas pessoas com extremas dependências, que são incapazes de sobreviver sem o cuidado. A dependência, no entanto, não é encontrada apenas no caso de crianças ou deficientes que precisam de alguém, mas em outras relações como, por exemplo, entre médico e paciente, chefe e secretário, comunidades urbanas e rurais. Não existe a independência como se propaga; a realidade mostra que todos são interdependentes (Kittay, 1999).

Quem são e o que desejam as pessoas deficientes nos processos do MPDFT

O Distrito Federal é um dos únicos entes federativos que possui uma promotoria especializada na defesa dos direitos das pessoas deficientes (Stefano; Rodrigues, 2008). A Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência (Prodide), do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, trabalha articulada com o Núcleo Regional de Informação sobre Deficiência do Distrito Federal (Nurin-DF). A Prodide, dentre suas funções, atua na fiscalização da legislação pertinente aos deficientes. Quando há qualquer suspeita de violação de direitos da pessoa deficiente, ela instaura um processo de investigação preliminar (PIP) para averiguar se houve, de fato, alguma violação e para identificar quem são os deficientes em questão, qual a idade, sexo, onde moram, que tipo de deficiência possuem, qual o direito suspeita-se que tiveram restringido, dentre outras variáveis. Mapear quem são as pessoas deficientes abordadas nos processos e porque recorreram à Prodide foi o primeiro passo para identificar e analisar as relações de cuidado que permeiam o ambiente do MPDFT.

Pesquisas anteriores realizadas na Prodide revelaram que os temas relacionados com a acessibilidade, o transporte e a inserção no mercado de trabalho são os mais investigados pelo Ministério Público, representando juntos quase 60% do total. Nessas categorias, a deficiência física é predominante, bem como os deficientes do sexo masculino. O percentual expressivo revela que o ideal de autonomia e valores de produtividade permeiam as investigações da promotoria e a reivindicação de um grupo específico de deficientes – os que têm acesso a bens econômicos e simbólicos. Os dados dessa pesquisa mostraram ainda que 18% dos processos investigam situações de maus-tratos, abandono ou conflitos familiares (Gonçalves; Guimarães; Silva, 2007). Foi particularmente sobre o último universo que esta pesquisa se aprofundou. O Gráfico 1 ilustra o percentual dos processos

arquivados entre janeiro de 2006 e abril de 2007 de acordo com as situações de violação de direitos dos deficientes mais investigados pela Prodiide.

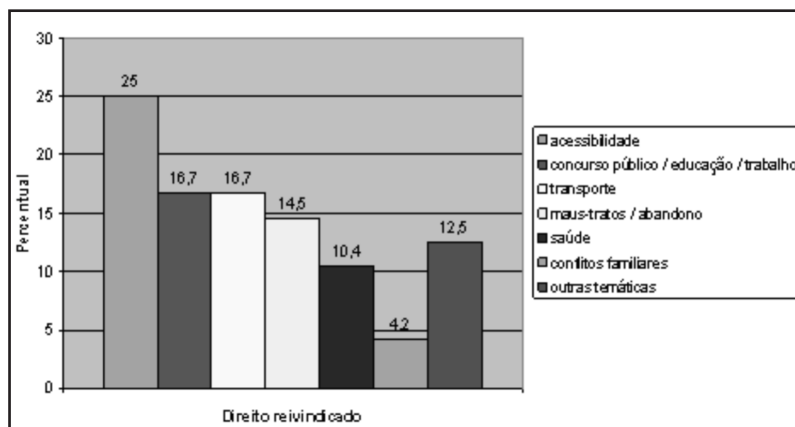


Gráfico 1 – Percentual dos direitos mais frequentes nos processos

Fonte: Pesquisa “Deficiência em Questão: um diálogo com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios”, realizada em 2006 e 2007 pelo grupo Ética, Saúde e Desigualdade da Universidade de Brasília e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os dados da pesquisa revelaram que 42% das pessoas tratadas nos processos são deficientes físicos e 29%, deficientes mentais (Gonçalves; Guimarães; Silva, 2007). Essas duas categorias são predominantes no universo pesquisado e nos temas pertinentes a maus-tratos, abandono e conflitos familiares. Nessas questões, onde quase a totalidade dos deficientes possui deficiência física ou mental, a intervenção do Estado na figura da Prodiide ocorre visando à proteção e à garantia dos direitos do deficiente que se encontra em situação de vulnerabilidade social. A família é a instituição que frequentemente executa e se responsabiliza pelo cuidado, no entanto, quando as relações familiares não existem ou se configuram como uma ameaça à pessoa, a responsabilidade familiar é transferida para o Estado (Santos, 2003). O Poder Público, em casos de maus-tratos, abandono e conflitos familiares,

interfere na relação familiar para responsabilizar alguém pelo cuidado, para delegar o cuidado para si ou para compartilhar o cuidado com a família.

No tocante às relações de gênero, os dados da pesquisa mostraram ainda que a maioria das mulheres deficientes tratadas nos processos são deficientes mentais, enquanto os homens são predominantemente deficientes físicos (Gráfico 2). Além disso, os homens só aparecem três categorias de deficiência – física, mental e visual –, enquanto as mulheres estão presentes em todas, incluindo a categoria doença³ (Gonçalves; Guimarães; Silva, 2007).

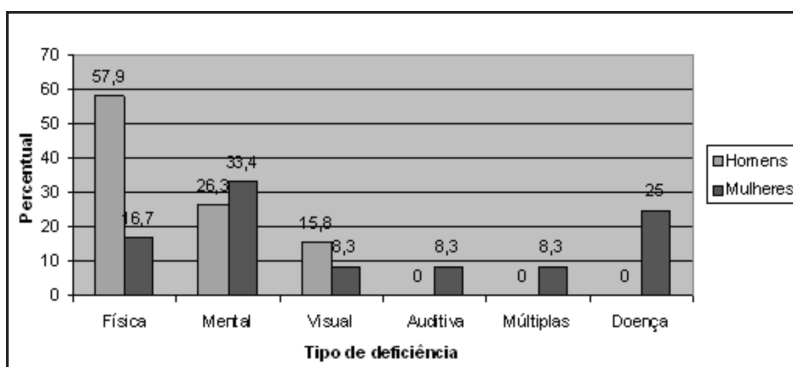


Gráfico 2 – Deficientes nos processos de acordo com sexo e tipo de deficiência

Fonte: Pesquisa “Deficiência em Questão: um diálogo com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios”, realizada em 2006 e 2007 pelo grupo Ética, Saúde e Desigualdade da Universidade de Brasília e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Uma das críticas feita pela corrente feminista ao modelo social da deficiência foi que a opressão ao corpo deficiente não era um fato desvinculado de outras variáveis de desigualdade como raça, gênero e idade (Diniz, 2007). Tal fato se exemplifica no Gráfico 2, onde a variável gênero analisada com o tipo de deficiência provoca um índice de reclamação diverso, mostrando que homens e mulheres podem experimentar restrições diferentes. Dessa forma, a ausência de homens nas deficiências auditiva e

múltiplas e na doença pode ser entendida como uma expressão dessa combinação de variáveis de opressão.

A discrepância no percentual de deficientes físicos do sexo masculino e feminino não é um dado trivial. Certamente mulheres com deficiência física sofrem violações de direitos em proporções semelhantes às dos homens, no entanto, os valores de autonomia, independência e ideais de sujeito produtivo difundidos e associados como tarefas masculinas podem fazer com que mulheres na mesma situação de restrição não busquem por uma reparação das desigualdades, o que acaba por silenciar diversas restrições de direitos sofridas por elas. Como grande parte das violações dos direitos das pessoas deficientes ocorre no espaço público, outro fator que pode contribuir para o silenciamento de restrições de direitos é o confinamento das mulheres ao espaço doméstico, posição que pode ser agravada na deficiência. Muitas dessas mulheres podem ainda não ter acesso ao Ministério Público e depender de alguém para reclamar um direito.

As pessoas com deficiências severas ou aquelas extremamente dependentes são alvos constantes de abusos e violências, sendo as restrições de seus direitos freqüentemente silenciadas. Essas pessoas, na maioria dos casos, dependem de alguém para pleitear um direito violado. As situações de restrições vividas por esses deficientes passam por um crivo moral de outras pessoas que decidem levar o caso à Prodide ou não. Em quase todos os processos de deficientes mentais, o responsável pela denúncia não foi a própria pessoa deficiente. Nos casos em que um familiar do deficiente foi o responsável pela reclamação, esse familiar foi a mãe, o que mostra não só a questão do cuidado na deficiência, como também o papel das cuidadoras que, geralmente, são mulheres.

As mulheres e o cuidado na família

O cuidado, quando analisado no contexto familiar ou nas relações sociais mais próximas do deficiente, é, geralmente,

exercido por mulheres. Para muitas dessas mulheres que cuidam e para o círculo social à sua volta, o cuidado é algo natural, uma tarefa melhor desempenhada por figuras femininas (Kittay, 1999). Dos atendimentos acompanhados por meio da etnografia no Nurin, quase 40% foram feitos a mulheres não deficientes, mas que cuidavam de algum deficiente na família. Muito frequentemente, mulheres que não experimentam a deficiência procuram o Nurin para reclamar de atendimentos na saúde, para ter acesso a medicamentos, internações, consultas médicas ou para investigar se podem receber algum auxílio do Estado para ajudar nos custos da pessoa de quem cuidam. Geralmente os familiares de quem cuidam possuem deficiência mental ou alguma deficiência física severa. Houve apenas um caso em que dois homens não deficientes foram ao Nurin. Eles buscavam informações a respeito da fiscalização da acessibilidade em locais públicos. Ambos eram parentes de um deficiente físico, mas não houve indícios de que exerciam relação direta de cuidado.

A Tabela 1 mostra os atendimentos acompanhados no Nurin de acordo com o sexo da pessoa atendida e a experiência da deficiência.

Tabela 1 – Atendimentos realizados no Ministério Público de acordo com sexo e deficiência

Atendimentos	Deficientes	Não deficientes	Total
Homens	8	1	9
Mulheres	4	8	12
Total	12	9	21

Fonte: Núcleo Regional de Informação sobre Deficiência do Distrito Federal do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

A presença de um alto número de atendimentos a mulheres não deficientes que cuidam de algum deficiente evidencia uma desigualdade de gênero, mas também traz à tona uma outra questão: a deficiência pode ser descrita por pessoas não deficientes.

Os precursores do modelo social acreditavam que somente as pessoas com lesões que experimentavam a deficiência tinham legitimidade para abordar a deficiência. Para eles, deveria haver um ponto de vista – uma autoridade pela experiência, – para abordar o assunto. Apesar de algumas experiências só poderem ser experimentadas pelo próprio deficiente, as teóricas feministas, no entanto, consideraram a possibilidade de pessoas não-deficientes descreverem a deficiência, contestando a idéia de que somente pessoas deficientes, a partir do ponto de vista, possuiriam autoridade para falar sobre o assunto (Prince; Shildrick, 2004).

Na etnografia realizada no Nurin, as cuidadoras mostraram em seus relatos a convivência com a pessoa deficiente, bem como as necessidades, desafios e dificuldades de se cuidar de alguém com deficiência. Uma senhora, por exemplo, mãe de uma tetraplégica, em um momento do atendimento indaga: “... *o senhor sabe o que é um tetraplégico? Que não coloca nada na boca, tem que trocar xixi, fazer tudo? (...) até para evacuar tem que tirar, para dar remédio...*”. Frequentemente, mulheres que cuidam de deficientes mentais também relatam suas atitudes no círculo social, o que ocorre quando não tomam os remédios necessários, por que ficam agressivos e o que é melhor fazer para acalmá-los. Esses relatos mostram a relação entre pessoas cuidadoras e deficientes, e embora as cuidadoras não experimentem opressões pelo corpo, elas vivem o mundo da deficiência de outra forma.

Os resultados da etnografia mostraram ainda que as pessoas deficientes e suas cuidadoras não vão ao Nurin apenas em busca de informações, muitas vezes dão queixa a respeito de uma situação de preconceito e discriminação ou procuram possibilidades para ter acesso a determinado direito. Muitos dos deficientes possuem lesões, mas não se enquadram como deficientes pela legislação brasileira. Dessa forma, em muitos atendimentos, percebe-se uma tentativa de se inserir nos parâmetros legais de deficiência para poder ter acesso a direitos exclusivos dos deficientes, como passe livre, desconto na compra de veículos e acesso a vagas destinadas

as pessoas deficientes em empresas privadas. Nota-se esse esforço, particularmente, por parte dos homens deficientes. Imbuídos de laudo médico que comprova alguma lesão ou restrição de habilidade, eles tentam por meio do laudo comprovar que são deficientes, porém não podem ter acesso a determinados direitos por não estarem em conformidade com as definições legais.

Algumas cuidadoras enfrentam o problema da conciliação entre trabalho e cuidado do deficiente. Por trabalharem fora do lar e, não raro, serem a principal fonte de renda da casa, elas deixam a pessoa deficiente com vizinhos e, às vezes, trancada em casa. Quando a pessoa deficiente precisa de tratamento hospitalar, algumas cuidadoras se vêem impossibilitadas de exercer o acompanhamento devido ao trabalho. Em um relatório social anexado a um processo de suspeita de abandono do deficiente verifica-se o exposto: “(...) a mãe trabalha como doméstica durante todo o dia e não pode permanecer acompanhando a internação do filho (...) afirma ainda total impossibilidade dos irmãos em estar acompanhando” (Relatório Social sobre uma pessoa com deficiência mental). As mulheres que enfrentam dificuldades entre o cuidado e o trabalho se dizem cansadas e, diversas vezes, relatam terem recorrido a outras instâncias antes de chegarem ao Nurin. Elas se mostram desmotivadas e definem o que estão em busca como uma “ajuda” para a pessoa de quem cuidam.

A naturalização do cuidado como uma tarefa de mulheres ocorre, frequentemente, em instituições hospitalares por equipes que lidam diretamente com os pacientes. Essas equipes procuram orientar prioritariamente mulheres da família para o cuidado da saúde do deficiente. Um receituário médico anexado a um processo, exemplifica o exposto: “Solicito intervenção do Serviço Social frente ao tratamento do usuário (...) que em virtude da sua patologia não tem condições de conduzir seu tratamento sem a supervisão de familiares. Já orientei tanto a mãe quanto à irmã de tal necessidade, mas não obtive êxito” (Receituário médico num processo de deficiente mental). São as mulheres da família ou do círculo social próximo do deficiente que são responsabilizadas por cuidar, quando elas estão ausentes

ou são negligentes, as pessoas deficientes são encaminhadas para abrigos ou instituições de caridade que passam a se responsabilizar pelo cuidado.

Segundo Tronto (2007), o cuidado deve ser exercido por todos a fim de melhorar o convívio social e contribuir para a construção de uma sociedade democrática, no entanto, não haverá democracia enquanto as relações de cuidado não forem relações de igualdade. Dessa forma, não se deve negligenciar as relações de desigualdade, especialmente de gênero, que envolvem o exercício do cuidado. É preciso repará-las, desconstruindo a naturalização do cuidado como uma tarefa feminina e implementando políticas públicas que abranjam as cuidadoras de deficientes.

O cuidado como instrumento de proteção social: quando as mulheres deixam de ser centrais no ato de cuidar

A definição do cuidado como instrumento de proteção social foi usado neste trabalho para expressar a intervenção do Estado na vida de deficientes considerados em situação de vulnerabilidade social. Geralmente, essas pessoas não têm família ou possuem sérios conflitos familiares, sendo negligenciadas, agredidas e até abandonadas. O cuidado, neste caso, manifesta-se nos poderes e deveres de proteção e assistência do Estado a quem se encontra em situação vulnerável, mediante ações concretas baseadas no pressuposto que considere a melhor decisão para essas pessoas (Alfaiate, 2008). O Estado intervém nos casos de deficientes em situação de vulnerabilidade social por duas razões: para delegar o cuidado para si ou terceiros e para compartilhar o cuidado com a família.

A intervenção do Poder Público com a finalidade de responsabilizar alguém pelo exercício do cuidado ocorre nos casos em que a pessoa cuidadora não existe ou está ausente e o deficiente é menor de idade ou, por alguma deficiência mental, foi judicialmente interditado. Nesses casos, é nomeado um tutor ou curador para acompanhamento do deficiente e exercício das

atividades de cuidado. Esse tutor ou curador é, geralmente, um membro da família do deficiente ou alguém do círculo social que se disponibiliza para exercer essas funções, contudo, outras pessoas externas podem desempenhar as atribuições do tutor ou curador. A tutela só é possível nos casos envolvendo deficientes menores de idade que não possuem pais ou se os possuem, esses não têm poder familiar. A curatela por sua vez, só é possível de ser exercida quando a pessoa deficiente, independentemente da idade, encontra-se judicialmente interditada (Brasil, 2008). Os processos envolvendo a delegação de tutela e curatela não são competência da Prodis, mas frequentemente são analisados pelos promotores quando o deficiente atinge a maioridade ou quando há suspeita de irregularidades na curatela.

O Estado, na figura do Ministério Público, delega ainda o cuidado para si ou terceiros quando a pessoa deficiente é abandonada ou comprova-se que está sofrendo maus-tratos em seu meio social. Nos casos de abandono, a intervenção ocorre quando o deficiente não tem familiares, quando a família não dispõe de condições para cuidar dele ou, ainda, quando o deficiente se recusa a ter contato com os familiares. Essas situações de ausência de vínculos aparecem com frequência nos relatórios sociais anexos aos processos:

Trata-se de usuária de saúde, com problemas mentais (...) que no momento da alta hospitalar não tem endereço fixo, desempregada, sem respaldo familiar no DF, em situação de risco nas ruas de Brasília (...). Em entrevista social com a usuária, esta relata que perdeu o vínculo familiar, negou ser casada e ter filhos. Falou que não quer ter contato com familiares. (Relatório de caso social sobre uma pessoa deficiente mental).

A institucionalização dos indivíduos em abrigos são soluções recorrentes nesses casos, fazendo com que o Poder Público delegue a responsabilidade pelo cuidado do deficiente a terceiros – instituições da sociedade civil, organizações não-governamentais, entidades religiosas – ou assuma a responsabilidade pelo cuidado por meio dos abrigos públicos.

Os casos de maus-tratos também demandam intervenção da Prodiade para acolhimento da pessoa que está sofrendo violência e, como nos casos de abandono, freqüentemente a solução para essas situações consiste no abrigo da pessoa com deficiência. A ação do Estado, nesses casos, visa proteger a integridade física, mental e moral da pessoa deficiente, retirando-a do círculo familiar, como exemplifica um relatório da Polícia Civil anexado em um processo de uma deficiente mental:

Consta da ocorrência policial que (a deficiente) teria sido vítima de maus-tratos, tendo em vista ter sofrido agressão física, além de ser trancada em um quarto escuro, privada de alimento e privada de tomar banho, tudo isso praticado pela sua mãe adotiva e seu irmão. (...). Verificou-se que (a deficiente) não tem condições de permanecer no seio da família necessitando de cuidados especiais os quais a família tem que providenciar. (A deficiente) não está sendo assistida de seus direitos pela família.

Outro processo, que traz um relatório social em anexo, indica a vulnerabilidade de mulheres deficientes, especialmente com deficiência mental. Esse relatório relata diversas experiências de violência experimentadas por duas irmãs deficientes mentais e menores de idade, e por sua mãe, também deficiente mental. Uma das meninas é fruto de violência sexual cometida contra a mãe, e uma delas também foi vítima de violência sexual:

Na entrevista realizada (a filha deficiente) relatou que foi molestada sexualmente por quatro vezes, sendo que na última houve violência sexual, e em troca (o agressor) a presenteava com guloseimas e dinheiro. (...). Ressaltamos que a convivência familiar (...) está ameaçada, pois não foi evidenciada nenhuma condição favorável para a permanência dessa em seu núcleo familiar, pois seus genitores demonstram atitudes omissas e negligentes reforçadas pela deficiência mental (da genitora)” (Relatório do Núcleo de Proteção Especial).

A segunda forma de intervenção do Poder Público no cuidado de pessoas deficientes em situações de vulnerabilidade é a divisão da responsabilidade do cuidado com os familiares da pessoa deficiente, ou com alguém próximo dela. Essa forma

de intervenção é baseada no pressuposto de que a atenção à deficiência é um dever familiar, somente quando a família não puder suprir as necessidades básicas do deficiente é que o Estado irá intervir (Diniz; Squinca; Medeiros, 2006). O instrumento utilizado para isso é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que consiste em uma transferência de renda para idosos ou pessoas com deficiência grave no valor de um salário mínimo por mês. Só podem receber o benefício famílias cuja renda mensal *per capita* seja inferior a um quarto de salário mínimo, e, no caso das pessoas deficientes, a deficiência deve ser incapacitante para a vida independente e para o trabalho. O BPC é financiado pelo Fundo Nacional de Assistência Social e as transferências independem de contribuições prévias para o sistema de seguridade social (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

O acesso ao BPC depende de uma perícia biomédica, que define quem é deficiente incapacitado para a vida independente e para o trabalho. Uma pessoa com lesões só insere na categoria de deficiente para as políticas sociais do Estado após essa perícia. Além disso, o deficiente deve viver em uma família extremamente pobre para ter acesso ao direito (Diniz; Squinca; Medeiros, 2006). A perícia do BPC, no processo de avaliação, analisa as características das pessoas deficientes e de suas famílias, mas isso não implica dizer que o BPC é um benefício para a família, ao contrário, o BPC é uma política de proteção individualizada, voltada para a pessoa deficiente (Medeiros, Diniz e Squinca, 2006). O entendimento do BPC como uma política individualizada não permite que cuidadoras de deficientes sejam protegidas pela lei. Se elas deixam o trabalho fora do lar para cuidar da pessoa deficiente, o Estado não garante sua proteção. O acompanhamento etnográfico mostrou que várias mulheres se veem divididas entre o sustento da família, que advém do trabalho, e o cuidado do familiar. Muitas vão ao Nuri em busca de uma “ajuda” para cuidar do deficiente, pois trabalham o dia inteiro, não podem sair do emprego e não têm com quem deixar a pessoa deficiente enquanto trabalham.

A pobreza familiar como requisito para ter acesso ao benefício desloca o BPC da esfera dos direitos individuais e o aproxima de uma política de transferência de renda familiar, o que gera consequências para as cuidadoras, pois várias delas, possuindo salário igual ou inferior a um salário mínimo, optam por deixar o mercado formal de trabalho para não perder o benefício para a família, fato que as vulnerabiliza (Diniz; Squinca; Medeiros, 2006). Atualmente, existem algumas medidas legislativas que buscam amparar as pessoas que exercem o cuidado, como o Projeto de Lei nº 690/07, que inclui no Programa Bolsa Família cuidadoras de deficientes ou de pessoas com doenças incapacitantes. A proposta, que tramita pelo Congresso, modifica a Lei nº 10.836/04 estendendo o benefício do Governo Federal às famílias de baixa renda que tiverem deficientes ou doentes graves dependentes de cuidados constantes. O objetivo do projeto é assegurar renda extra para famílias pobres com pessoas deficientes ou doentes graves, garantindo condições para a compra de remédios e o pagamento de tratamentos (Brasil, 2007). Além disso, é uma forma de remunerar um trabalho de cuidado, que é desvalorizado socialmente.

Muitos casos que chegam à Prodide suscitam uma questão: como garantir o cuidado a pessoas que necessitam, mas não se enquadram nos critérios de renda definidos. Alguns processos mostram que mesmo a pessoa deficiente estando em situação de vulnerabilidade, ela não pode ser incluída no benefício: *“Tentou-se contemplá-la (a deficiente) com o BPC – Benefício de Prestação Continuada, mas ela não satisfaz os requisitos de renda para recebê-lo (renda familiar per capita de um quarto do salário mínimo)”* (Despacho da Promotoria no processo de uma deficiente mental). Embora haja, em alguns casos, uma tentativa do Estado em proteger a pessoa deficiente em situação de vulnerabilidade, por outro sua atuação é legalmente limitada e, nesses casos, o deficiente fica a mercê de ações caritativas de terceiros.

Os dados da etnografia revelaram que várias cuidadoras que vão ao Nurin reclamam de não poderem receber o benefício

por não se enquadrarem no critério de renda. Uma mulher, por exemplo, mãe de uma criança deficiente auditiva, em atendimento, pergunta o que é necessário para receber o BPC. Ela afirma que mesmo possuindo uma renda *per capita* maior que um quarto de salário mínimo sua renda não é suficiente para suprir as despesas da filha: “*não queira nem saber o tanto de gasto que a gente tem com essas crianças*”. Outra senhora, ao descrever a vida da filha deficiente física afirma “*(...) é muito delicada a vida dela, é muito caro (...), é coisa integral...*”. Elas problematizam que a deficiência traz gastos extras, que algumas famílias não podem suprir. A necessidade de cuidados de deficientes dependentes é vista como um fato que empobrece a família, isso justifica o cálculo do BPC com base familiar, não individual (Diniz; Squinca; Medeiros, 2006).

O cuidado não deve ser visto como uma relação dual entre quem fornece e quem recebe, pois o cuidado é relacional (Tronto, 2007). O cuidado no seio familiar é exercido por mulheres e as pessoas de quem cuidam, regra geral, possuem deficiências física ou mental ou ainda são crianças. Quando a tarefa de cuidar é enfraquecida na família, ou ainda quando a família não possui recursos básicos para cuidar, o Estado intervém com o objetivo de proteger a pessoa deficiente que está em extrema vulnerabilidade social. O cuidado como instrumento de proteção social, no entanto, não é estendido às cuidadoras e às pessoas deficientes, que, embora vulneráveis, não se enquadram em critérios legais.

Considerações finais

O estudo mostrou que o cuidado de pessoas deficientes é entendido como uma tarefa que deve ser desempenhada prioritariamente no âmbito familiar. No seio da família esta tarefa é delegada às mulheres próximas do deficiente. Quando o deficiente não tem família ou não quer ter contato com ela, ou quando mulheres responsáveis pelo cuidado deixam de ser centrais, o exercício do cuidado passa a ser uma responsabilidade do Estado,

que atua visando garantir a proteção do deficiente em situação de vulnerabilidade social. A intervenção do Estado no exercício do cuidado, no entanto, só ocorre em situações de vulnerabilidades extremas, nas quais se encontram muitas pessoas deficientes.

O cuidado deve sair da centralidade dos estudos sobre saúde, pois não é somente desempenhado na doença ou na restrição de alguma habilidade. É preciso compreender o cuidado como uma prática útil e necessária para o convívio social e para a construção de uma sociedade democrática. Para isso, não se pode negligenciar as relações de desigualdade, especialmente de gênero, que envolvem a tarefa de cuidar de alguém. É preciso repará-las, desconstruindo a naturalização do cuidado como uma tarefa feminina e a independência como um valor ideal de vida, pois esta não existe puramente, como se prega, uma vez que viver em sociedade implica depender, em alguma medida, de outras pessoas.

Cuidar de alguém é uma atribuição social de mulheres e uma prática pouco valorizada. Embora haja um esforço do Poder Público para proteger as pessoas deficientes, o mesmo não se pode dizer quanto às mulheres cuidadoras de deficientes. As mulheres cuidadoras enfrentam o dilema de conciliar trabalho fora do lar e cuidado da pessoa deficiente. Atualmente, as mulheres cuidadoras encontram-se desprotegidas. Se optam por deixar o trabalho para cuidar de um familiar, não recebem por isso, e se a pessoa deficiente vem a falecer, por exemplo, elas não têm direito a garantias previdenciárias. Se tentam conciliar o trabalho com o cuidado, freqüentemente se sentem sobrecarregadas e pedem auxílio ao Estado ou terceiros. É necessário romper o silêncio criado em torno do cuidado na deficiência, reconhecendo que todos necessitam de cuidados e têm o dever de cuidar e, também, é necessário incluir no debate a importância da transversalidade no tocante ao gênero na elaboração de políticas sociais.

Referências

- ALFAIATE, Ana Rita. Autonomia e cuidado. In: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (Orgs.). *O cuidado como valor jurídico*. Rio de Janeiro: Forense, 2008.
- BRASIL. *Código Civil de 2002*. 10. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
- _____. Ministério Público de Distrito Federal e Territórios (MPDFT). <http://www.mpdft.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2007.
- _____. *Projeto de Lei 690 de 2007 do Senado*: inclui no Programa Bolsa Família as pessoas que cuidam de portadores de deficiência ou de doenças incapacitantes. [2007].
- DINIZ, Débora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Deficiência, cuidado e justiça distributiva. In: COSTA, Sérgio; FONTES, Malu; SQUINCA, Flávia (Orgs.). *Tópicos em Bioética*. Brasília: Letras Livres, 2006.
- _____. *O que é deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007.
- GONÇALVES, Natália; GUIMARAES, Raquel; SILVA, Regiane. Deficiência, direitos humanos e discriminação. *Reviva*, v. 4, p. 39-41, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.mpdft.gov.br/Orgaos/PromoJ/Prodide/reviva04.pdf>>.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos (LCT), 1988.
- KITTAY, Eva Fedder. *Love's labor*. New York: Routledge, 1999.
- MALUF, Marina; MOTT, Maria Lúcia. Recônditos do mundo feminino. In: SEVCENKO, Nicolau (Org.). *História da vida privada no Brasil República: da belle époque à era do rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 3.
- MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora; SQUINCA, Flávia. *Transferências de renda para a população com deficiência no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada*. Brasília, 2006. Disponível em: <www.ipea.gov.br> Acesso em: 20 abr. 2006.
- NODDINGS, Nel. *O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2003.

- OLIVER, Michael; BARNES, Colin. *Disabled people and social policy: from exclusion to inclusion*. London: Longman, 1998.
- PRICE, Janet; SHILDRICK, Margrit. Bodies Together: Touch, Ethics and Disability. In: CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. *Embodying disability theory*. London: Continuum, 2004.
- RUDDICK, Sara. An appreciation of love's labor. *Hypathia*, v. 17, n. 3, p. 214, Summer 2002.
- SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas: Alínea, 2003.
- SCULLY, Jackie. Corporificação da deficiência e uma ética do cuidar. In: DINIZ, Débora (Org). *Admirável nova genética: Bioética e sociedade*. Brasília: UnB, Letras Livres, 2005.
- STEFANO, Isa Gabriela de Almeida; RODRIGUES, Oswaldo Peregrina. O idoso e a dignidade da pessoa humana. In: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (Orgs.). *O cuidado como valor jurídico*. Rio de Janeiro: Forense, 2008.
- TERRA, Marlene Gomes et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. especial, 2006
- THOMAS, Carol; CORKER, Mairian. A journey around the social model. In: CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. *Embodying disability theory*. London: Continuum, 2004.
- TRONTO, Joan. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?. In: JAGGAR, Alison; BORDO, Susan (Eds.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record, Rosa do Tempos, 1997.
- _____. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade & Estado*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.
- WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

Submetido em 12 setembro de 2008 e aceito em 10 novembro de 2008.

ORIENTAÇÕES AOS COLABORADORES

A revista *SER Social* destina-se à publicação de trabalhos científicos sobre assuntos atuais e relevantes no âmbito do Serviço Social, da Política Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares. Cada edição focaliza uma unidade temática, previamente definida pelo Colegiado da Pós-Graduação em Política Social do SER/IH/UnB, tendo em vista sua importância dentro do contexto social contemporâneo.

Os trabalhos submetidos à publicação deverão ser inéditos, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas.

Todos os direitos editoriais são reservados à revista *SER Social*. Nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, estocada por qualquer sistema ou transmitida por quaisquer meios ou formas existentes ou que venham a ser criados, sem prévia permissão por escrito da Comissão Editorial, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil.

Quando do encaminhamento do artigo, o/s autor/es deverá/ão assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e a Transferência de Direitos Autorais (ver modelos em <http://www.unb.br/ih/dss>).

Os trabalhos submetidos à publicação serão analisados por pares, membros do Conselho Editorial Científico, ou pareceristas *ad hoc*, os quais arbitrarão sobre a conveniência, ou não, de sua aceitação, e poderão sugerir ao/s autor/es reformulações, ou adaptações às normas editoriais. A decisão final sobre a publicação dos trabalhos recebidos será da Comissão Editorial, com base no programa editorial da revista. Durante a análise serão verificados rigor, clareza e precisão quanto à produção científica, à redação, ao conteúdo e à probidade ético-teórica. As eventuais

modificações de estrutura e conteúdo serão acordadas com o/s autor/es. Não serão admitidos acréscimos ou alterações ao texto, após sua avaliação e aceitação final. A Comissão Editorial assegura o anonimato para o/s autor/es no processo de avaliação, como também assegura aos avaliadores o sigilo de sua participação, permitindo liberdade para julgamentos e avaliações.

Todos os trabalhos resultantes de pesquisa, ou relato de experiência, que envolverem sujeitos humanos terão sua publicação condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, que deverá ser claramente descrito no último parágrafo da seção Metodologia do artigo. Deverão indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1975, revisada em 1983). Os trabalhos de autores brasileiros deverão, ainda, indicar respeito às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97, e apresentar o parecer do Comitê de Ética da instituição de origem do/s autor/es.

Excepcionalmente serão aceitos trabalhos já publicados (seja em versão impressa, seja virtual) desde que devidamente acompanhados da autorização escrita e assinada pelo autor e pelo Conselho Diretor do veículo no qual o trabalho tenha sido originalmente publicado.

A revista *SER Social* publica trabalhos nos idiomas Português, Espanhol, Inglês e Francês (estes dois últimos com versão simultânea em Português).

As opiniões e os conceitos emitidos nos trabalhos, assim como a exatidão, adequação e procedência das citações e referências, são de exclusiva responsabilidade do/s autor/es, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial.

O encaminhamento de trabalhos à revista implicará aceitação, por parte do/s autor/es, das normas aqui expressas.

A revista *SER Social* não remunera o autor que tenha seu trabalho nela publicado, porém lhe enviará cinco exemplares da

edição com seu texto publicado e, no caso de co-autoria, seis exemplares.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; e os textos dos debatedores e a réplica, no máximo 10.000 caracteres cada um.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica ou conceitual, sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas, com até 40.000 caracteres. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Ensaio: apresentam matéria de caráter opinativo e/ou análise que possam contribuir para a reflexão e o aprofundamento de questões relacionadas ao tema desenvolvido na edição com, no máximo, 30.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Entrevista: entrevistas com pesquisadores/as de referência no campo com, no máximo, 20.000 caracteres.

Nota prévia: notas com indicação de resultados parciais ou desenhos metodológicos de pesquisas empíricas com, no máximo, 7.000 caracteres.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Resumos de teses/dissertações: defendidas no Programa de Pós Graduação em Política Social da UnB, no período, contendo até 5.000 caracteres.

O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/*abstract* e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Mais informações sobre a apresentação dos manuscritos devem ser consultadas em <http://www.unb.br/ih/dss>

As colaborações devem ser enviadas em arquivo formato Word for Windows, seguindo a configuração: fonte Times New Roman tamanho 12, papel tamanho A-4, espaço interlinear de 1,5 cm, todas as margens com 2,5 cm, utilizando somente o *itálico* como recurso para destaque tipográfico.

Padronização bibliográfica

Citações: conforme a NBR-10520, de agosto de 2002, com especial atenção para:

- As citações devem ser indicadas no texto pelo sistema de chamada autor–data.
- Citação de até três linhas: dentro do corpo do texto, entre aspas, fonte igual à do texto.
- Citação de mais de três linhas: fora do corpo do texto, fonte 11, recuada para a linha do parágrafo, sem aspas

(ou qualquer outro destaque), espaçamento interlinear simples, margem direita igual à do texto.

– Nome do autor da obra, para os dois casos acima:

1º) no corpo do texto (grafia normal para nomes próprios). Exemplo: Segundo Mota (1997, p. 87), “O conhecimento acadêmico [...]”;

2º) entre parênteses, em caixa alta. Exemplo: “O conhecimento acadêmico [...]” (MOTA, 1997, p. 87).

Referências: conforme a NBR 6023, de agosto de 2002, indicando-se somente os documentos efetivamente citados no trabalho.

Envio dos textos:

Pelo correio eletrônico: sersocial@unb.br

Pelo correio postal

Editora da revista SER Social

Professora Doutora Potyara A. Pereira e Pereira

Departamento de Serviço Social – Gleba A – ICC Centro –
Mezanino – B1-432 – Campus Universitário Darcy Ribeiro
– Brasília - DF – Brasil CEP: 70.910-900