



ENTRE CUIDADO E CUIDADOS: UMA REFLEXÃO SOBRE AS DIVERSAS REALIDADES DOS SUJEITOS SOCIAIS

PEREIRA, Alessandra Cabral

Estudante de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social - UFF

lessacp@ig.com.br

236

RESUMO

Neste artigo apresentamos alguns conceitos em torno dos distintos sujeitos sociais e seus contextos. Buscamos correlacionar algumas argumentações em torno da constituição do sujeito moderno, contextos e singularidades, com a temática do cuidado na família e cuidado em Saúde. O cuidado em Saúde é apresentado segundo a noção de cuidado integral que respeita a realidade do outro com suas singularidades e diferenças. Temas como Circulação de Crianças, Maternidade Transferida e Idosos Provedores são tratados por influenciarem nas relações de cuidado estabelecidas pelas famílias ao longo dos últimos anos. São indicadas as novas normalidades vividas pelas famílias a partir de inícios do século XX que vêm sendo adotadas como alternativas para preencher a lacuna deixada pelo Estado no Sistema de Proteção Social Brasileiro em relação a garantia de estruturas de cuidado e proteção aos sujeitos sociais.

Palavras-chave: Cuidado, Sujeitos, Proteção Social.

ABSTRACT

In this paper we present some concepts about different subjects and their social contexts. We seek to correlate some arguments about the constitution of the modern subject, contexts and singularities, with the theme of family care and Health care. Health Care is presented using the notion of comprehensive care that respects the reality of the other with their singularities and differences. Themes such as Circulation of Children, Maternity Transferred and Seniors Providers are handled by the influence of care relationships established by families over the past few years. New normality experienced by families from the early twentieth century that have been adopted as alternatives to fill the gap left by the State in the Brazilian Social Protection System in relation to assurance structures of care and protection to social subjects are indicated.

Key-words: Health Care, Subjects, Social Protection



Neste estudo proponho uma reflexão sobre Cuidado, a partir da discussão sobre sujeitos sociais, considerando que sujeitos sociais ocupam o lugar de cuidadores e sujeitos alvos de cuidado nos diversos serviços de saúde. O objetivo deste artigo é refletir acerca dos diferentes sujeitos sociais e suas práticas cotidianas e suas estratégias de cuidado e como isso se apresenta nos espaços/Instituições de cuidado em Saúde.

Entendemos que refletir sobre as diferenças entre os sujeitos que são público alvo e/ou protagonistas no processo de cuidado é fundamental para que seja assegurado aos mesmos o respeito à sua singularidade, bem como se tenha espaços abertos à troca de experiências e saberes nas Instituições de Saúde.

Ao considerarmos o cuidado na perspectiva do cuidado em saúde, tomamos como definição:

uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. Por direito de ser, entendemos o direito de ser diferente e que essas diferenças devem ser respeitadas publicamente. (PINHEIRO, 2007, p. 18)

São diferentes entre si não apenas os sujeitos sociais que desempenham o papel de cuidadores, mas também os que recebem o cuidado. Temos ainda que considerar as diferenças entre os profissionais que exercem profissões voltadas ao cuidado e os sujeitos que se tornam rede social de apoio e cuidado.

Os espaços em que se estabelecem os relacionamentos terapêuticos, ou do encontro entre os terapeutas e os sujeitos que buscam o cuidado, é um espaço 'entre'. O espaço entre dois discursos, entre duas percepções do corpo, no final das contas entre duas visões de mundo. (BONET e TAVARES, 2007, p. 266-267)

Como seria muito amplo falar em Instituições de modo geral, nossa proposta é pensar no sujeito usuário dos serviços das Instituições de Saúde que necessitem de cuidados de terceiros, como nos casos das situações de pré e pós cirúrgicos. Esse cuidado na maioria das vezes por falta de oferta de estrutura por parte do Estado para desempenhá-lo acaba sendo realizado pela rede social de apoio dos usuários.

É amplo o conjunto de leis, estatutos que instituem de forma compartilhada entre o Estado, a família e a comunidade a responsabilidade sobre a garantia dos direitos de seus



membros como a Lei Orgânica da Assistência Social, Lei Orgânica da Saúde, Estatuto da Criança, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Assistência Social, dentre outros.

É preciso considerar que esse sujeito, o Sujeito Moderno, que frequenta os mais diversos espaços e é público alvo de um conjunto de políticas que lhe asseguram direitos e deveres, teve sua constituição ao longo dos anos. Suas demandas, interesses e dificuldades não podem ser pensados de forma isolada.

O Sujeito comum tem hábitos e costumes que se diferem segundo sua inserção cultural, social, e as experiências que viveu. Maria Rita Kehl (2000) ao abordar o tema da constituição do Sujeito moderno considera o papel do romance realista nesse processo, e também a própria necessidade posta pelos leitores de se verem retratados nesses romances. A autora aponta que o romance moderno e a psicanálise surgiram da necessidade do sujeito se fazer “*ouvir (ler) a partir de uma diferença que precisa do outro para se autorizar como singularidade*” (Kehl, 2000). Com essa virada, o romance realista passou a retratar o sujeito comum, com seus hábitos, seus costumes.

Ainda hoje o sujeito necessita ser ouvido em sua singularidade. Os espaços e Instituições de cuidado em Saúde precisam retratar de forma positiva a realidade dos sujeitos por eles atendidos, não apenas cumprir um papel de medicalizar e corrigir os usos e costumes de determinado sujeito, grupo ou comunidade.

Fonseca (2002) vai além nos chamando a atenção ao fato de que não lidamos com apenas um tipo de sujeito social, com sua singularidade. Existem sujeitos, que vivem suas singularidades. E este é claro é um desafio a todos os profissionais e Instituições voltados ao cuidado em Saúde.

Vivemos um tempo em que os tratamentos de doenças seguem a protocolos, e as próprias Instituições de Saúde para que obtenham selos que qualidade, certificados de Acreditação Hospitalar, tem sua rotina toda previamente elaborada. Isso é claro que foi um ganho do ponto de vista do controle, da busca de mais qualidade no atendimento, por outro lado até que ponto este tipo de padronização abre espaço a singularidade?

Essas rotinas e protocolos devem levar em conta a multiplicidade de sujeitos que abrangem, que necessitam ser escutados em suas demandas.

Outro ponto deve ser considerado ao pensarmos o papel do romance realista e o contexto em que vivemos. O romance realista moderno é um dos “mecanismos responsáveis pela formação dos padrões subjetivos próprios ao individualismo moderno” (KEHL, 2000).



Refletindo sobre as ideias apresentadas pela autora podemos concluir que se o romance realista cumpriu esse papel no início do século XX, na atualidade a mídia, em especial a mídia televisiva cumpre esse duplo papel: o de retratar os diversos cotidianos e o de influenciar as práticas dos sujeitos. Dessa forma não é raro que quando aparece na novela o caso de um bebê abandonado em um cesto de lixo que aumente também nas ruas o número de casos de abandonos de bebê dessa forma. Ou não é raro que determinado ato de violência retratado na mídia passe a ser observado nos registros de delegacias.

Por outro lado, na arte minorias também buscam ser ouvidas, apesar das dificuldades que encontram devido às barreiras postas por outros grupos, e a própria falta de consciência do lugar social que ocupam. Mas acima de tudo observamos na atualidade a tentativa das minorias de se fazerem ouvidas, como na experiência das mulheres que adentraram o mundo do funk carioca (Toffano, 2013).

Da mesma forma que no romance realista a épica não dominava mais as mulheres, e sim estas que passaram a influenciar os romances, observamos um novo protagonismo das mulheres nas mais diversas formas de expressão artísticas do nosso tempo.

Kehl (2000) questiona ao final do seu estudo sobre que efeitos pode ter a leitura frequente dos romances realistas sobre o modo como o sujeito passa a organizar a narrativa de sua própria vida, é necessário também nos questionarmos sobre os efeitos da internet, da música, da TV e de outros canais de comunicação sobre as práticas dos sujeitos com as quais lidamos.

Não podemos deixar de considerar que lidamos com sujeitos em constante transformação, que se inserem numa sociedade moderna que está em constante transformação (Hall, 2002).

Ao pensarmos as práticas cotidianas dos sujeitos, suas escolhas, sua forma de pensar o mundo, e no caso específico do Cuidado em Saúde e as estratégias adotadas pelos grupos e sujeitos além das argumentações de Kehl, outras argumentações contribuem para uma reflexão sobre esses sujeitos.

Bourdieu (2008) apresenta a noção de *habitus*, que não pode ser confundida com *habito*. *Habitus* são “*princípios geradores de práticas distintas*” (Bourdieu, 2008, p. 22), são classificatórios, pois a forma como cada um age tem relação com suas experiências, com seu contexto.



Essas características se tornam diferenças entre os sujeitos, ou seja, “signos distintivos” apenas quando um outro sujeito pertence a outro grupo/categoria, estabelece a diferença.

Considerando as práticas nas Instituições de Saúde é comum que essa diferença seja estabelecida quando há uma relação entre o sujeito/cuidado ou cuidador e o profissional de saúde, considerando que são sujeitos oriundos de espaços distintos, muitas vezes pertencentes à classes distintas, como por exemplo no caso de um profissional de nível superior que frequentou espaços de classe média, ao longo de sua vida, incluindo escolas, espaços culturais, viagens, etc, e realiza o atendimento a um usuário dos serviços da rede pública de Saúde, proveniente de uma região habitada por famílias de baixa renda, com, baixa escolaridade, inseridas em empregos subalternos, escuta um tipo diferente de música, frequenta espaços distintos nos seus raros momentos de descanso.

Quando ocorre um distanciamento entre o espaço social do profissional, em relação ao do usuário, corre-se o risco que o que sujeito de determinada classe/grupo traz como prática/costume seja considerada “boa” ou “ruim” em relação a outra.

Como afirma Bourdieu (2008, p. 27) existe um espaço de diferenças, onde cada grupo detém um diferente tipo de capital (social, cultural, econômico, político). É nesse campo de poder que ocorre a disputa entre os atores e os diferentes tipos de capital.

Bourdieu (2008) além de apresentar as noções de *habitus*, espaço social e campo de poder, trata da violência simbólica que ocorre quando tudo que difere da classe dominante (gostos, práticas, costumes) é tido como algo ruim.

As argumentações do autor são de grande valia ao refletirmos sobre a prática do cuidado profissional em Saúde, onde corremos o risco de impor aos usuários os nossos valores, as nossas práticas, a nossa noção de cuidado, em detrimento daquilo que eles trazem como conhecimento, enquanto vivência no seu cotidiano.

Um outro ponto que merece atenção dos que trabalham nas Instituições de Saúde é a existência de dinâmicas familiares alternativas, conforme conclui Claudia Fonseca (2002). O Estudo da autora comprova que a circulação de crianças é um fato presente entre as famílias brasileiras e que não se restringe às camadas mais pobres da população.

Nesse contexto pode ocorrer que o usuário dos serviços de saúde faça referência a uma família ampla, que tenha mais de uma mãe. São inúmeras as alternativas encontradas pelos sujeitos para garantir o cuidado às crianças. Segundo a autora:



O fato de as camadas abastadas terem adotado, nas últimas décadas, a família nuclear conjugal como norma hegemônica, sem dúvida, explica porque existe uma tendência de ver qualquer desvio dessa norma como problemático. (FONSECA, 2002, p. 51)

Criamos a partir desse modelo hegemônico uma normalidade que, quando não ocorre são caracterizadas como casos problemáticos.

Claudia Fonseca (2002) nos chama atenção ao fato de que a modernidade não é tão monolítica. Em contradição ao Sujeito Universal ela aponta a existência de “outras normalidades” e o fato de que a circulação de criança é apenas uma “*entre várias normalidades possíveis entre as práticas familiares na sociedade complexa atual*” (p. 56).

Quando consideramos as mais distintas alternativas como normalidades o próprio termo indica que para muitas famílias e grupos situações como a circulação de crianças não é um problema, que precisaria ser tratado, mas uma solução a outros problemas enfrentados pelas famílias e outros grupos sociais.

Na longa pesquisa realizada pela autora foram destacados exemplos de crianças que afirmavam ter mais de uma mãe e um expressivo número de indivíduos que afirmavam terem passado vários de seus anos formativos longe dos genitores. Traz ainda argumentações dos entrevistados em torno do ato de cuidar como sendo algo de todos, não restrito apenas à família biológica e conclui que “*apesar do ditado ‘Mãe é uma Só’ de fato, muitas pessoas chamam mais de uma mulher por este título*” (Fonseca, 2002, p. 57). Esta afirmação nos leva a concluir também que estas crianças circulam por mais de um grupo familiar. Essas outras normalidades com as quais nos deparamos são expressão do que a autora aponta: a existência de diversas relações familiares na sociedade contemporânea.

Os profissionais que atuam nas Instituições de Saúde devem estar atentos a essas “outras normalidades”, ultrapassando assim uma visão monolítica dos sujeitos, pois corremos um grande equívoco quando: “*Pressupomos o que é ‘normal’ a partir da nossa experiência pessoal (no caso de muitos pesquisadores, uma experiência de classe média alta), ou de modelos livrescos calcados na ideia de um Sujeito Universal*” (Fonseca, 2002, p. 55).

Reconhecendo a existência de outras normalidades devemos respeitá-las entendendo que na maioria das vezes não são praticadas como algo idealizado, heróico, mas foram as alternativas legítimas adotadas por muitos grupos familiares, para assegurar o cuidado aos seus membros num contexto em que são precários os serviços e as políticas de proteção social aos



indivíduos em situação de vulnerabilidade. É fato que são inúmeros problemas que podem levar a circulação de crianças, em alguns casos até mesmo o abandono ou atos de violência.

Lidar com “outras normalidades” é desafiador não apenas do ponto de vista de aceitá-las e respeitá-las como um tipo diferente de alternativa daquela que poderia ser adotada pela família do profissional, como também perante as exigências legais postas à Instituição. Como por exemplo, pode ocorrer de uma criança/adolescente, um idoso, ou pessoa com deficiência que não possam responder por seus atos comparecerem aos serviços de saúde acompanhados de pessoas que cumprem com o papel de cuidadores, porém não são seus responsáveis legais.

Outro ponto fortemente relacionado à noção de cuidado e pouco falado é em relação à maternidade transferida. Segundo Costa (2002) foram inúmeras as mudanças que ocorreram no século XX que trouxeram uma nova configuração ao espaço doméstico, como a saída das mulheres do espaço da casa e a agregação de novos afazeres ao cotidiano das mulheres (como o trabalho em domicílio). Com esses adventos o cuidar teve que ser transferido a outras mulheres.

Se no início do século XX havia a forte presença das amas de leite e ao longo dos anos foi crescendo o número de mulheres envolvidas no trabalho remunerado de cuidar dos filhos daquelas que passavam a conquistar novos espaços para além do doméstico, ainda hoje encontramos inúmeras situações em que mulheres contam com outras mulheres na garantia do cuidado familiar.

Mulheres pobres para desempenho de inúmeras tarefas fora do ambiente doméstico, dispendo ou não de equipamentos sociais, contaram, sempre, em suas obrigações de casa, com o apoio de outras mulheres pobres como elas, estabelecendo redes sociais pouco estudadas. (COSTA, 2002, p. 312)

A autora (2002) esclarece ainda que os ganhos obtidos no sistema de proteção social brasileiro estão diretamente relacionados à saída das mulheres do espaço doméstico e à luta dos movimentos feministas para que ações que garantam o cuidado dos indivíduos sejam desenvolvidas pelo Estado.

Esta argumentação é muito importante quando falamos de cuidado, para que não limitemos a responsabilidade do mesmo sobre a família. No amplo conjunto de leis que asseguram os direitos sociais no Brasil é responsabilidade do Estado, compartilhada com a família e a sociedade, a garantia desses direitos (conforme pode ser observado na Lei Orgânica



da Saúde, Política Nacional do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente, Política Nacional de Assistência Social, dentre outras).

Ocorreu que como o cuidado ao longo dos anos foi assegurado no espaço doméstico foi retardada a montagem de sistemas públicos de proteção social, o que se expressa na atual carência de serviços como creche e abrigos em condições de assegurar aos seus usuários o cuidado almejado pelas famílias. Segundo Costa:

Através dos tempos, a maternidade transferida cobre a deficiência dessas estruturas. A delegação de cuidados da casa - expressão polissêmica, referida a cuidado de coisas e de pessoas em circunstâncias diversas - se dá porque não há outra alternativa. Essas práticas protecionistas, com pouco apoio do setor público, consolidaram extensas redes de proteção e dependências armadas na intimidade das casas. (COSTA, 2002, p. 306)

Quando pensamos o cuidado em saúde podemos tomar como exemplo os sujeitos em situação de doença, e a baixa quantidade de espaços que sirvam de local para recuperação pós-alta. Existem sujeitos que não contam com rede de apoio e também aqueles que contam com vínculos de afeto e familiares, mas que devido as precárias condições de moradia e renda não tem condições, por exemplo de retornar ao domicílio após a alta hospitalar. O período de reestabelecimento pós-operatório que poderia ser realizado em casa seguindo as recomendações da equipe profissional se torna inviável em muitas situações. Nessa conjuntura diante da fragilidade de recursos públicos que atendam a essa demanda ocorre uma busca por parte dos sujeitos por ampliar sua rede de apoio procurando na igreja, na vizinhança o suporte que deveria encontrar no aparelho estatal.

Esta situação exemplificada acima se torna muito mais latente quando ocorre a ausência de condições de cuidado por parte da família, mas traz nela também um problema que passa despercebido quando o cuidado logo de imediato é assegurado pela família ou rede de apoio no domicílio, o que Costa (2002) aponta como a ocorrência de maternidade transferida quando as mulheres desempenham o papel de cuidadoras nos ambientes hospitalares e em domicílio nos moldes de *home care*.

Além da circulação de crianças e da maternidade transferida, outra realidade de muitas famílias e grupos sociais, é o crescimento do número de idosos provedores, com destaque para o papel das idosas. Tal situação não é nova, e tem se configurado como mais uma alternativa



das famílias para preencher a lacuna deixada pelo sistema de proteção social brasileiro na garantia do cuidado aos sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

É uma realidade que cresce acompanhando o desmonte do Estado, e a precarização das condições de trabalho, levando a que as famílias mais jovens se insiram no mercado de trabalho de forma tão vulnerável recebendo para tal remuneração que não permite ao trabalhador dar conta do seu sustento e de sua família.

Dalva Neves (2006) discute a situação dos idosos provedores e destaca que mesmo aqueles indigentes têm assumido esse papel. A autora destaca que não são as mesmas razões que levam um idoso a se tornar o provedor de filhos e netos, e enfoca principalmente o papel das idosas provedoras, dado que esta condição tem sido mais presente entre as mulheres do que nos homens.

Portanto, a situação das idosas indigentes não é homogênea. Muitas delas estão dotadas de habilidade para mobilizar solidariedade institucional porque seus filhos não têm condições de ajudá-las. Outras ainda acrescem a responsabilidade diante de crianças órfãs e deficientes (físicos e mentais), de filhos dependentes de droga, especialmente o álcool. (NEVES, 2006, p. 363)

A Constituição Federal de 1988 instituiu a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la promovida por sua família. O Benefício de Prestação Continuada - BPC foi regulamentado pela Lei orgânica da assistência social impondo um corte de renda para de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita* na família. Há uma grande demanda por tal benefício, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento social (BRASIL) em 2012 1,7 milhões de idosos eram beneficiários do BPC. Se por um lado isso demonstra uma ampliação do número de idosos que alcançaram esse tipo de proteção, por outro expressa um alto número de idosos vivendo em situações de pobreza, muitas vezes com sua família cuja renda não atinge nem $\frac{1}{4}$ de salário *per capita*.

Neves (2006) chama atenção ao fato de que para a maioria desses idosos beneficiários de programas e benefícios sociais a condição de indigência não é nova, é consequência de uma vida laborativa inseridos informalmente no mercado de trabalho.



Segundo a autora, não apenas os recursos da aposentadoria e do BPC são direcionados ao sustento dos filhos e em especial dos netos, ocorre ainda a busca itinerante por recursos em instituições filantrópicas (como roupas, cestas de alimentos, brinquedos, remédios, etc).

Outro ponto a ser considerado quando tratamos da situação dos idosos provedores é quanto ao crescente número de idosos inseridos no mercado de trabalho. Se por um lado a garantia desse direito no Estatuto do Idoso é um avanço pois valoriza a condição da pessoa idosa para exercer a atividade laborativa que lhe interessa, prevendo punição as situações de preconceito para os mesmos, é também algo que merece atenção quando consideramos os motivos de tal inserção. O que é um direito talvez tenha se tornado para muitos idosos a única alternativa para manter o sustento da família, tendo em vista a insuficiência da aposentadoria para cumprir com essa função.

Idosos que anteriormente tiveram dificuldades para prover o cuidado e o sustento dos filhos agora se veem na condição de cuidadores/provedores de filhos e netos.

Se estamos vivendo um tempo em que duas gerações (filhos e netos) não conseguem alcançar sua independência, nos questionamos sobre o quadro que enfrentaremos com o passar dos anos, quando os atuais idosos provedores não estiverem mais presentes, de quem virá o cuidado e o sustento para essas gerações? Elas irão perpetuar a condição de indigência ou o Estado assumirá o seu papel de promotor de proteção social?

Tal lugar ocupado pelos idosos expressa uma contradição, pois estes alcançaram o momento de suas vidas em que tem o direito de serem público alvo prioritário nas políticas de proteção social e mesmo assim acabam assumindo o papel de protagonistas do cuidado. Entre cuidar e serem cuidados acabam ocupando a primeira condição tendo em vista que seus filhos muitas vezes não podem ocupar este lugar.

As impossibilidades do exercício do papel de pais podem ser derivadas de fatores conjunturais, como o aumento do índice de desemprego e de rebaixamento do valor do salário, de mortes prematuras, destacando-se os assassinatos e os acidentes de trânsito. E fatores que inviabilizam o exercício da responsabilidade, paternal ou maternal, como é o caso da incidência de doenças mentais e o uso qualificado como abusivo de drogas, especialmente do álcool. (NEVES, 2006, p. 365)

Maternidade transferida, circulação de crianças e a condição de idosos provedores são questões que devem ocupar para os profissionais atuam em profissões de cuidado e lidam



cotidianamente com essas situações, não apenas o lugar de reflexão, e respeito à estas singularidades, mas também de debate e de luta para que a população que necessita recorrer a essas alternativas tenha preenchida esta lacuna deixada pelo aparelho estatal. Para que as famílias a partir de um leque maior de alternativas tenham mais liberdade de fazer sua opção sobre a forma de cuidado que melhor lhes atende.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os contextos em que estão inseridos os sujeitos sociais que são público alvo do cuidado em Saúde. Este cuidado num campo específico não pode ser visto de forma isolada, pois ele também se manifesta através de inúmeras redes que se estabelecem entre os sujeitos sociais. Dessa forma o profissional que atua no cuidado em saúde deve levar em consideração as vivências e saberes que são trazidos pelos usuários que atende.

Reconhecer as diferenças, os costumes, que são moldados por contextos, culturas e experiências, contribui para uma prática que busca minimizar as situações onde o usuário dos serviços se torna vítima de violência simbólica. A violência simbólica ocorre onde aquela realidade que apresenta é vista como algo ruim, de práticas erradas que precisam ser corrigidas, em prol de um único padrão de cuidado.

Observamos nas experiências da atualidade que da mesma forma que temos famílias, singularidades e sujeitos, podemos falar também em cuidados, que se expressam das mais diversas formas segundo as lacunas e alternativas encontradas por cada grupo de sujeitos sociais. Tais termos são tratados no plural indicando que a realidade dos indivíduos não é monolítica, e que lidamos com realidades que precisam ser consideradas e respeitadas.

Refletir sobre essas realidades e lutar por um lado para que haja o respeito às mesmas e por um sistema de proteção social com menos lacunas e que ofereça também outras alternativas às famílias poderá contribuir para que os indivíduos construam outras normalidades. A família pode não ter condições afetivas, financeiras, psicológicas ou sociais de assegurar esse cuidado, mas cabe ao Estado oferecer as condições necessárias para que o mesmo seja garantido aos sujeitos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOURDIEU, Pierre. Espaço Social e Espaço Simbólico. In: BOURDIEU, Pierre. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas, SP. Papirus, 9 ed. 2008, p. 13-33.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Benefício da Prestação Continuada. <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>, acessado em 25 de junho de 2014.

COSTA, Suely Gomes. Proteção Social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, Ano 10, n.2, 2002, p. 301-323

FONSECA, Claudia. Mãe é uma Só? In: *Psicologia USP*. São Paulo, v. 3, n 2, 2002, p. 49-68.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós modernidade*. Rio de Janeiro. DP&A ed., 2002.

KEHL, Maria Rita. *A Constituição Literária do Sujeito Moderno*. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/19133258/Maria-Rita-Kehl-A-constituicao-literaria-do-sujeito-moderno>. Acessado em 25 de junho de 2014.

NEVES, Delma Pessanha. As Idosas Provedoras e o Enraizamento Familiar. In: BRITES, Jurema, e FONSECA, Claudia (orgs). *Etnografias da participação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. P. 359-379

TOFFANO, Claudia Benevento. *Movimento Funk Carioca, Cultura Popular e Mercado: Limites da consciência de gênero à emancipação da mulher trabalhadora*, Dissertação de mestrado. UFF. Rio de Janeiro, UFF, 2013.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de. (orgs). *Razões Públicas para o integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 15-28.

BONET, O. e TAVARES, F.R.G. O Cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (orgs). *Razões Públicas para o integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 263-278.