

# **Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el sur de Europa**

**Cristina Vega,  
Raquel Martínez-Buján  
y Myriam Paredes (eds.)**

## traficantes de sueños

Traficantes de Sueños no es una casa editorial, ni siquiera una editorial independiente que contempla la publicación de una colección variable de textos críticos. Es, por el contrario, un proyecto, en el sentido estricto de «apuesta», que se dirige a cartografiar las líneas constituyentes de otras formas de vida. La construcción teórica y práctica de la caja de herramientas que, con palabras propias, puede componer el ciclo de luchas de las próximas décadas.

Sin complacencias con la arcaica sacralidad del libro, sin concesiones con el narcisismo literario, sin lealtad alguna a los usurpadores del saber, TdS adopta sin ambages la libertad de acceso al conocimiento. Queda, por tanto, permitida y abierta la reproducción total o parcial de los textos publicados, en cualquier formato imaginable, salvo por explícita voluntad del autor o de la autora y sólo en el caso de las ediciones con ánimo de lucro.

*Omnia sunt communia!*

© 2018, de los textos, sus autoras.  
© 2018, de la edición, Traficantes de Sueños.



**creative  
commons**

Licencia Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial 4.0 España

Usted es libre de:

\*Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

\*Adaptar — remezclar, transformar y crear a partir del material

El licenciadore no puede revocar estas libertades mientras cumpla con los términos de la licencia.

Bajo las condiciones siguientes:

\*Reconocimiento — Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciadore o lo recibe por el uso que hace.

\*NoComercial — No puede utilizar el material para una finalidad comercial.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que legalmente restrinjan realizar aquello que la licencia permite.

No tiene que cumplir con la licencia para aquellos elementos del material en el dominio público o cuando su utilización esté permitida por la aplicación de una excepción o un límite.

No se dan garantías. La licencia puede no ofrecer todos los permisos necesarios para la utilización prevista. Por ejemplo, otros derechos como los de publicidad, privacidad, o los derechos morales pueden limitar el uso del material.

**Título:** Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el sur de Europa

**Editoras del libro:**

Cristina Vega, Raquel Martínez-Buján y Myriam Paredes

**Traductoras:**

Marta Malo de Molina, capítulo 5, y Mariajo Castro Lage (Syntagmas), capítulo 11.

**Maquetación y diseño de cubierta:**

Traficantes de Sueños.

taller@traficantes.net

**Edición:**

Traficantes de Sueños

C/ Duque de Alba 13

28012 Madrid. Tlf: 915320928

e-mail:editorial@traficantes.net

ISBN 13: 978-84-949147-2-0

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| <b>Prefacio.</b> <i>Raquel Gutiérrez Aguilar</i>  | 9   |
| <b>Introducción.</b> <i>Cristina Vega, Raquel Martínez-Buján y Myriam Paredes</i>   | 15  |
| <b>I. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida</b>  | 51  |
| <b>1. Economía Plebeya. Familias, hogares y comunidad en Europa del Sur.</b> <i>Montserrat Carbonell Esteller</i>   | 53  |
| <b>2. El agua, el cuidado y lo comunitario en la Amazonía boliviana y ecuatoriana.</b> <i>Elizabeth López Canelas y Cristina Cielo</i>  | 75  |
| <b>3. Neo-comunidad: circuitos clandestinos, explotación y resistencias.</b> <i>Verónica Gago</i>   | 97  |
| <b>4. La familia de la Tía Gloria: crianza y poder punitivo estatal en Ecuador.</b> <i>Andrea Aguirre</i>   | 115 |
| <b>5. Sanación, cuidado y memoria afrodescendiente en el Pacífico colombiano. Las mujeres frente el conflicto armado.</b> <i>Olga Araujo / Gloria Bermúdez y Cristina Vega</i>        | 133 |
| <b>II. Interrogar lo público común</b>  | 145 |
| <b>6. Futuro anterior de la ciudad social. Reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste.</b> <i>Franco Rotelli y Giovanna Gallio / Entrar Afuera</i> | 147 |
| <b>7. La acción comunitaria y los cuidados a domicilio.</b> <i>Sara Moreno-Colom</i>  | 169 |
| <b>8. Tejer cuidados a micro y macro escala entre lo público y lo común.</b> <i>Susana Draper</i>   | 189 |
| <b>9. Bancos de tiempo, sostenibilidad de la vida y nuevos comunes.</b> <i>Lucía del Moral</i>  | 209 |
| <b>III. Hacer común la comunidad</b>  | 233 |
| <b>10. Travesías del cuidado de la niñez indígena en Ecuador.</b> <i>Mercedes Prieto y María Isabel Miranda</i>   | 235 |
| <b>11. «Problemas de la cabeza» en una comunidad en el sur de Brasil.</b> <i>Claudia Fonseca y Helena Fietz</i>   | 257 |
| <b>12. Ayuda mutua y Estado de Bienestar. Reflexiones a partir de la experiencia del «Grupo de apoyo Daniel Wagman».</b> <i>Silvina Monteros</i>                                      | 277 |
| <b>13. Mujeres migrantes en el cuidado comunitario. Organización, jerarquías y disputas al sur de Buenos Aires.</b> <i>Carolina Rosas</i>   | 301 |
| <b>14. Aquelarres de resistencia. Una conversa que busca una confluencia</b> <i>Ana Moreira y Mercedes Rodríguez (Brujas Migrantes) / Marta Malo</i>                                  | 325 |
| <b>Sobre las autoras</b>  | 337 |

# 11. «Problemas de la cabeza» en una comunidad en el sur de Brasil

*Claudia Fonseca y Helena Fietz  
(Universidad Federal de Rio Grande do Soul)*

Los cuidados, pensados como práctica y valor moral, se caracterizan por ser relacionales (Mol, 2008; Kittay, 1999). Y, si bien es cierto que las formas de experimentar las relaciones de cuidados son muchas, también son muchas las redes que atraviesan esas relaciones; entre ellas, podemos resaltar las redes familiares, las redes institucionales y las redes comunitarias de cuidados. El objetivo de este documento es reflexionar sobre la integración y articulación de estas distintas redes a partir de un estudio etnográfico realizado en un barrio popular de Porto Alegre (Brasil) entre 2014 y 2015.<sup>1</sup>

Según la experiencia de campo,<sup>2</sup> narramos la historia de tres mujeres que se encargan de cuidar a un familiar adulto considerado, en términos legales, «incapacitado para la vida independiente», rúbrica bajo la cual, las cuidadoras entrevistadas aluden popularmente como

---

<sup>1</sup>Traducción de María José Castro Lage (Syntagmas).

<sup>2</sup> El trabajo de campo se desarrolló durante el periodo que abarca desde el mes febrero de 2014 hasta diciembre de 2015. Las autoras son las personas que se han involucrado en el terreno y el propósito inicial consistió en entender cuál era el funcionamiento del Proceso de Incapacitación Judicial Civil en su práctica. Este interés empírico debe incluirse en el marco de un proyecto más amplio relacionado con las tecnologías de gobierno que están dirigidas al bienestar de población de renta baja. Durante el primer periodo de investigación las interacciones se produjeron, en su mayoría, en la asociación de barrio donde, conforme al enfoque etnográfico, mantuvimos un diario de campo minucioso sobre acontecimientos, reuniones y actividades diversas, además de estar presentes en otras innumerables ocasiones informales. A partir de ese contacto, elegimos a tres mujeres, todas ellas cuidadoras de una persona adulta a la que consideraban dependiente, y empezamos a acompañarlas en sus entornos domésticos, en la interacción con agentes estatales, familiares y miembros de la comunidad, entrando nosotras mismas —cuando se nos interpelaba— en la red de cuidados.

«problemas de cabeza». Los tres casos —que incluyen a mujeres de familias negras, entre los 65 y los 75 años de edad, que viven de la jubilación por actividades de empleada doméstica— permiten sopesar especificidades que implican género, generación, clase y etnia.

Además, de ese material empírico, también se desprende una reflexión metodológica interesante sobre la etnografía de los cuidados. La iniciativa etnográfica nos obligó a ampliar nuestra mirada, que en un principio se limitaba a los derechos de las personas discapacitadas, para reflexionar sobre las *relaciones de cuidados* ya que se configuran como un elemento básico para proceder al cumplimiento de su protección jurídica.

Al observar esas redes de relaciones, se abrieron varios interrogantes. ¿Qué sucede si trabajamos las nociones de cuidado y de dependencia en paralelo, y si las encaramos con toda su complejidad y pensamos el sujeto de los «problemas» como localizado «no dentro del cuerpo, sino en una red de relaciones, afectos y encuentros [...]» (Das, 2015: 87)? ¿Cómo pensar en las esferas «familiar», «comunitaria» y «estatal» si, en la práctica, se muestran inextricablemente interconectadas? ¿Tal vez la atención se centra en los espacios informales de la vida cotidiana y eso hace que no se desvelen dinámicas «comunitarias» que vayan más allá de los movimientos y de las asociaciones en colectivo que contemplan normalmente los analistas? En resumen, sugerimos que el énfasis en el ejercicio cotidiano de determinadas situaciones de cuidados complejiza cualquier esquema preconcebido de categorías, valores o principios, borrando incluso los límites entre el buen cuidado y el mal cuidado. Esas categorías y juicios solo cobran sentido a partir de situaciones contingentes y locales (Mol, 2008).

A pesar de haber organizado el material para que siguiese una cierta secuencia —para empezar con formas visiblemente familiares de cuidados y después pasar a prácticas más mediadas por políticas institucionales y servicios públicos—, no pretendemos contrastar modos «tradicionales» (más «afectivos») de cuidados con modos modernos (más «racionales»); tampoco es nuestra intención oponer la «inmersión en la comunidad» a la autonomía individual. Al contrario, nos inspiramos en teorías postcoloniales de cuidados (Mol, 2008) y optamos por perspectivas dicotómicas de análisis, que centran la atención, por el contrario, en la naturaleza rica y polifacética de cierta tradición occidental de cuidados, con especial atención a la tradición latinoamericana, que sigue siendo pertinente en la organización cotidiana de la vida contemporánea. De esta manera, nuestro enfoque

va encaminado a esbozar los contornos de una «economía moral» (Fassin, 2012) que implica a especialistas, familiares, vecinos y a otros agentes que, en su día a día, lidian con el desafío de cuidar de un adulto dependiente con «problemas de cabeza».

## Un contexto en mutación: políticas estatales de apoyo

El contexto de nuestra observación se caracteriza por determinadas especificidades históricas. En primer lugar, cabe recordar que Brasil (así como los demás países de América Latina), al contrario que los países de Europa occidental, nunca ha tenido un «estado de bienestar social» con responsabilidades efectivas sobre los miembros dependientes de las familias, ni sobre los cuidados de larga duración que de ellos se derivan. De esta manera, no podemos confirmar que, con la nueva era neoliberal, se haya producido una «devolución» de estas responsabilidades a las familias (véase, por ejemplo, Yazici, 2012), lo cierto es que nunca dejaron de ser las principales proveedoras de atención. Es cierto que en el país existían varias instituciones públicas que se dedicaban a acoger a ancianos, desvalidos y personas con problemas graves de salud mental. No obstante, a partir de los años setenta esos asilos —que se concentraban en las grandes capitales y, además, con un número de plazas inferior a la demanda— pasaron a verse en los debates mediáticos como «casas de los horrores» (situación que en muchos era una realidad), asociados a personas «abandonadas» por la familia. Bien por falta de plazas en esas instituciones, bien por las pésimas condiciones de cuidados en esos lugares o por el rechazo deliberado por parte de la población, la gran mayoría de adultos con discapacidad seguía (como sigue a día de hoy) siendo cuidada por sus familiares.

En segundo lugar, cabe mencionar que las condiciones estructurales no favorecen la participación masculina en la vida doméstica. En particular, en las capas más pobres de la población, los hombres no acceden con facilidad a empleos estables. Solo a principios del siglo XXI, el número de trabajadores brasileños con contrato de trabajo pasó a ser superior al de trabajadores en la economía informal. Aún en 2016 —con unas cifras oficiales de desempleo que rondaban el 10 %— el 35 % de la fuerza trabajadora sin «contrato de trabajo» no disfrutaba de las ventajas de la legislación laboral. En otras palabras, el subempleo, con unas posibilidades de renta extremadamente precarias, ha marcado las actividades laborales de gran parte de los hombres en

esa fase de la vida en la que serían proveedores de la familia (Proni, 2013). Esa situación explica cómo, en las últimas décadas, el porcentaje de «mujeres-cabeza de familia» se ha mantenido en cerca del 40 % de los hogares.

Durante las décadas de los años ochenta y noventa, surgieron una serie de movimientos sociales, con frecuencia de inspiración feminista, que adquirieron más presencia que el Estado en el apoyo a familias con dificultades (Molyneux, 2000). El movimiento antimanicomial, de envergadura internacional, llegaría a Brasil durante los años noventa, con el desmantelamiento de las grandes instituciones y con la «devolución a la sociedad» de sus pacientes. Sin embargo, la red pública de salud tardó en desarrollar una estrategia para coordinar los servicios que se ofrecían a estas personas y a sus familias cuidadoras. Solo después del cambio de siglo se consolidó, junto con la Ley de Reforma Psiquiátrica de 2001, un programa dirigido al acompañamiento de los pacientes que habían salido de las instituciones. Por ejemplo, el programa De vuelta a casa (Volta para Casa), que se puso en marcha en 2003, promovió los Centros Ambulatorios de Atención Psicosocial (CAPS), servicios residenciales terapéuticos y subsidios económicos para personas con trastornos mentales o discapacidad intelectual (Lima, Assis Brasil 2014). Aun así, hasta el día de hoy se critica la insuficiencia de los servicios de apoyo a las familias que cuidan de una persona con discapacidad cognitiva o intelectual.

Con la llegada del Partido de los Trabajadores a la presidencia del país, en 2003, se añadieron algunas políticas incipientes y fragmentadas para intentar apoyar de una manera más eficaz a familias «en vulnerabilidad social». La que tuvo más repercusión en los medios, la Bolsa Familia, fue objeto de muchas críticas, si bien garantizó un suplemento económico para las familias pobres con hijos en edad escolar. Por un lado, se le acusó de ser una «política social compensatoria, residual, específica y selectiva», se consideró una medida «compatible con la acumulación de capital» incapaz de promover una redistribución más equitativa de la renta (Schmidt, Silva, 2015; véase también Lavinás, 2014). Por otro lado, se criticó que ese tipo de transmisión se produjese sobre todo a las madres de las familias, por reforzar estereotipos tradicionales de género que sobrecargan a las mujeres con un cúmulo de responsabilidades (Molyneux, 2007; Esquivel, 2011).

Pero, de manera simultánea, se dieron otras medidas de «asistencia social» con carácter universal y que tuvieron consecuencias palpables en la mejora de vida de las capas más pobres de la población;



entre ellas, destacamos aquí el Beneficio de Prestación Continuada (BPC). Se trata del derecho del enfermo o de la persona con discapacidad a recibir una pensión vitalicia de un salario mínimo, en la medida que su familia (unidad familiar) viva con menos de una cuarta parte del salario mínimo per cápita. Ese derecho, que ya anunciaba la Constitución de 1988, se reiteró a través de medidas legislativas sucesivas a partir de 1993, con el comienzo de las primeras políticas efectivas en 1996. Sin embargo, fue durante el Gobierno del PT, cuando ese derecho llegó a abarcar a una parte considerable de la población —entre 2002 y 2014 se duplicó de largo el número de personas discapacitadas que se beneficiaron y se triplicó, también de largo, el número de ancianos—. No solo creció el volumen de beneficiarios, sino que el valor del salario mínimo también dio un salto, de forma que en 2014 más de cuatro millones de personas (2.257.967 con discapacidad y 1.888.028 ancianas), casi el 2 % de la población —que no era beneficiario de renta ni de pensión contributiva—, tenía garantizada una renta mínima viable.

Ese escenario de ampliación de la ayuda estatal es relevante, pero no lo suficiente como para entender las dinámicas comunitarias de apoyo a familias que cuidan de alguna persona con discapacidad. Es sintomático que ninguna de las tres cuidadoras que se describen a continuación tenga un CAPS como marco, a pesar de ser todas de renta humilde y de que, en dos de los tres casos, cuidaron durante más de cuarenta años de una persona deficiente sin ninguna ayuda estatal. Sostenemos, por tanto, que lo que sustenta a esas familias son distintas dinámicas de cuidados que, como veremos, funcionan más o menos bien en función de las circunstancias.

### *Lígia y Silvana: circular en la familia extensa*

Lígia, que cuida de su sobrina Silvana desde hace más de diez años, aporta un ejemplo de las redes de apoyo mutuo que tradicionalmente existen en las familias extensas. Según cuenta una hija de Lígia, nadie sabe exactamente cuál es el «problema» de Silvana. No obstante, desde niña fue lenta y presentaba problemas: nunca consiguió aprender a leer ni a escribir, nunca tuvo trabajo y, si no la vigila alguna persona adulta, es capaz de ir bailando y cantando por la calle. Recientemente, cuando la mandaron a comprar pan, se quedó olvidada dentro de la panadería donde, sin oponer ninguna resistencia, acabó pasando la noche. Su condición hace que Silvana viva bastante recluida, al pasar la mayor parte del tiempo en casa.

Silvana (quien, a pesar de sus 45 años, parece más bien joven) es hija biológica de la hermana menor de doña Lígia y de «padre desconocido». Para evitar escándalos familiares, su tío mayor y su esposa la inscribieron en el registro. Durante la mayor parte de su vida, Silvana vivió con esa pareja en la costa norte de Rio Grande do Sul y es a los miembros de esa familia a quienes llama padre, madre y hermanos. Cuenta la hija de doña Lígia que, cuando el «padre» de Silvana murió, su «madre» y «hermanos» «no quisieron saber nada más de ella» y la dejaron con familiares en el barrio donde vive en la actualidad. Desde entonces, nunca más la buscaron. En el nuevo hogar, Silvana recibía maltrato, siempre andaba sucia y hasta «le caían bofetadas». Cuando al final se fue a vivir con su otra tía, doña Lígia, la muchacha ni siquiera tenía documentos.

Desde hace cerca de diez años, doña Lígia es la principal cuidadora de Silvana, aunque sus dos hijas echen una mano de vez en cuando. Según esa mujer, cuidar de Silvana no es algo fácil, ya que, al tener un «retraso», su sobrina no sabe hacer casi nada sola. No sabe cepillarse los dientes, ducharse, ni cambiarse la compresa: «Intento enseñarle, lo intento, pero ella no aprende». Estas dos mujeres, además, se enfrentan a dificultades financieras, ya que viven con la pensión de doña Lígia de un salario mínimo mensual (cerca de 200 euros). No queda dinero ni para pagar los billetes de autobús necesarios para que la muchacha reciba tratamiento psiquiátrico en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) que queda en un barrio cercano.

El año previo a nuestra investigación, una hija de doña Lígia, que sopesaba la posibilidad de solicitar el Beneficio de Prestación Continuada para Silvana, propuso llevarla a hacerse el carnet de identidad y el alta en la Seguridad Social. Sin embargo, doña Lígia fue reacia a solicitarlo. Temía que la acusaran de cuidar de Silvana solo por ese (posible) ingreso económico en el presupuesto familiar. También tenía miedo de que los «hermanos» y la «madre» de Silvana, al descubrir que esta recibía un salario mínimo al mes, volvieran para llevársela a un lugar donde «ella no iba a estar bien atendida». Pero doña Lígia acabó cediendo y, en una última visita a esa familia, escuchamos de boca de Silvana los planes sobre lo que iba a hacer con el dinero del beneficio. Con una sonrisa de oreja a oreja, la muchacha nos dice que, primero, se arreglaría los dientes. Después compraría una tarjeta de transporte para «sacar la cabeza y andar por ahí». El resto se lo daría a su tía «que es quien cuida de mí».

La historia de Silvana habla de una tradición antigua, perceptible en familias extensas y en comunidades de conocimiento mutuo, donde el cuidado de las personas dependientes podía compartirse entre diversas personas adultas. Como ya se ha descrito en profundidad en la historiografía latinoamericana (Fonseca, 1995, 2002; Moreno, 2013), observamos en la «circulación de niños» la adopción informal de bebés, niñas y niños e incluso adolescentes que, por un motivo u otro, están en una situación en la que carecen de cuidados. Ante la falta de guarderías y la escasa relevancia de los colegios públicos, colocarlos en familias de sustitución era durante años una solución con buena acogida entre las mujeres cabeza de familia que tenían que trabajar muchas horas para ganarse la vida. Y en lo que respecta a las familias de acogida, en general solo un poco más favorecidas, hacerse cargo del hijo de un familiar o de un vecino en dificultades se veía como un gesto de generosidad que conllevaba sus propias recompensas. Como me explicaba una mujer que ya había criado hasta la edad adulta a toda una serie de sobrinos, nietos y vecinos, «donde come un portugués, comen dos o tres» (Fonseca, 1995). Cuando el sistema funcionaba satisfactoriamente, se trataba a los «hijos de crianza» como si fueran hijos nacidos en el seno familiar, que llamaban a los cuidadores «padre» y «madre» y gozaban de una condición parecida a la de un hijo adoptado legalmente. No obstante, como en el caso de Silvana, cuando el hijo no se comportaba como se esperaba, la nueva familia podía rechazarlo y se le podía trasladar con personas menos compasivas o incluso quedar en una situación de desprotección.<sup>3</sup>

En resumen, a pesar de no tener ninguna obligación legal respecto a Silvana, no solo doña Lígia sino también sus hijas forman parte de un esfuerzo «comunitario» para cuidar de esa persona «con problemas» porque consideran que merece «buenos» cuidados y porque no queda otra alternativa. No obstante, sin que la familia participe en una dinámica más amplia de apoyos —incluso de servicios profesionales de la red pública—, la discapacidad de Silvana todavía parece imponerle serias limitaciones en sus relaciones y en su forma de vida.

---

<sup>3</sup> Es importante señalar una distinción analítica entre la circulación de niños entre miembros de la familia extensa y vecinos —personas de un estatus casi igual— y el «sustento por servicio» que, históricamente, implicaba la explotación por parte de familias pudientes del trabajo doméstico de niños pobres. Analistas como Moreno (2013), Leinaweaver (2008) y Van Vleet (2008), entre otros, describen la delgada línea que separa una forma de acogida y otra en distintas épocas y regiones de América Latina.

*Doña Edna y Nina: el haz de relaciones se abre a la comunidad*

Conocimos a doña Edna y a su hija Nina en marzo de 2014 en la asociación de vecinos de su barrio. Doña Edna, como es la presidenta, está siempre allí y Nina (de 48 años), al tener un «retraso» que hace que dependa de los cuidados de su madre, también. Doña Edna, ya jubilada, es una persona de referencia en el barrio: una persona que «conoce sus derechos», que se mueve sin dificultad en las distintas instancias públicas y que ampara a sus vecinos con sus conocimientos.

No obstante, cabe mencionar que doña Edna vivió los inicios de su vida adulta con un cierto desamparo. Nina es la única hija, de los cinco que tiene y que crió. Cuando enviudó de su primer marido, «dio» sus dos primeros hijos, uno a su suegra y el otro a la familia para la que trabajaba en aquel momento como empleada doméstica. Con su segundo marido tuvo tres hijas, dos de ellas murieron en sus primeros años, sin haber recibido nunca un diagnóstico específico. Más tarde, ya separada del padre de Nina, doña Edna acabó criando sola a la niña. Nina, cuando todavía era una cría, fue diagnosticada por especialistas médicos, que atribuyeron su problema a haber contraído meningitis cuando solo tenía cuatro meses. Desde entonces, la niña sufre convulsiones sintomáticas de una forma de epilepsia. Llegó a ir a una escuela del barrio, pero la profesora la expulsó cuando tenía siete años diciendo que estaba «muy loca» y que molestaba a las demás niñas.

Cuando tenía ocho o nueve años, a Nina la internaron en un hospital infantil por las convulsiones. Ese fue un periodo agotador para doña Edna, quien además de trabajar en casa de otra familia tenía que ir al hospital a «entretener» a su hija y llevarle cosas con las que le gustase jugar. Las convulsiones solo disminuyeron cuando Nina empezó a consumir de forma habitual Gardenal™, un medicamento que ingiere hasta día de hoy antes de dormir. Después de que le dieran en alta en el hospital, la niña empezó a estudiar en un colegio especial en el barrio de clase media donde su madre trabajaba como empleada doméstica. Doña Edna es categórica al asegurar que su hija, aunque haya estudiado «nunca ha conseguido aprender nada, porque no lo consigue». En la actualidad, Nina tiene el acompañamiento de los servicios de salud familiar en el centro de salud de donde vive.

Sin embargo, nuestras observaciones sugirieron que, a pesar de tener ciertas limitaciones, Nina es una mujer que está bien integrada en su barrio. No es extraño encontrar a la muchacha abriendo el centro

comunitario, sobre todo los días que su madre está cansada o que va con retraso. Le gusta invitar a la gente a ir a tomar café a la asociación, donde ella también se encarga de gran parte de la limpieza. En su papel de anfitriona, enhebra conversación con los visitantes y, normalmente, describe las actividades diversas que realiza: su participación en la misa dominical, las consultas con la nutricionista en el centro de salud que la ayuda a adelgazar, las clases de gimnasia en el parque central de la ciudad, las visitas casi cotidianas a la academia de gimnasia del barrio, la «terapia» por la que pasó para tener derecho a la tarjeta especial de autobús, etc. Antes de finalizar la conversación, Nina también informa sobre el estado de salud de su madre, pregunta sobre la vida de su interlocutora y se ofrece a rezar por amigos que están enfermos.

Al repetir su rutina y sus hábitos, Nina deja claro que, aunque esté metida en una relación de fuerte dependencia con su madre, actúa para expandir y gestionar su red de relaciones. Realiza tareas encaminadas al cuidado de la asociación, cuida de sí misma al hacer ejercicio y controlar su peso, está atenta al bienestar de sus amistades y se preocupa por su madre cuando piensa que está trabajando demasiado. Nina ayuda, participa y cuida aquello que está dentro de sus posibilidades, posibilidades que coproducen Nina, su madre, los vecinos y los servicios públicos de apoyo.

Nina no sale nunca del barrio si no va acompañada de alguien que la oriente y la proteja. Para compensar, dentro del barrio se desplaza sola, ya que basta con la protección moral de su madre y la ayuda de los vecinos para garantizarle un paradero seguro. Como comenta una persona que pasa mucho tiempo en la asociación: «Cae muy bien a la gente, pero es una niña. No está en condiciones de trabajar, no tiene forma de sustento, depende de doña Edna para todo. Llega a andar por ahí, hace sus cosas, pero solo porque ya conoce todo por aquí y porque todo el mundo la conoce por estos lares. Si no, no habría manera de que [...]».

Hay que reconocer que doña Edna no es una vecina cualquiera. Hace tiempo que asumió el liderazgo de la asociación del barrio. Entre sus diversas atribuciones, está la divulgación de avisos e información sobre los distintos servicios públicos disponibles para la población local. Representante del barrio en una serie de foros municipales, es conocida y respetada por las autoridades. En otras palabras, a pesar de que una persona con una renta humilde permanezca viviendo en condiciones materiales precarias, la acumulación de capital social y simbólico de su madre hace que Nina goce de un amplio abanico de posibilidades. Recientemente, a pesar de escollos formales, doña

Edna consiguió para su hija el Beneficio de Prestación Continuada, con el que la muchacha ya está planeando ampliar su tránsito a otros lugares y nuevas amistades. Más cerca de casa, doña Edna sabe qué estrategias movilizar para neutralizar las posibles «insolencias» proferidas por los chavales del barrio que se atreven a burlarse de su hija. En la experiencia de esta familia vemos cómo son los esfuerzos y la capacidad particular de la madre emprendedora los que generan el vínculo entre Nina y el apoyo de la comunidad.

Este caso sirve para ilustrar un matiz que introdujo en el debate la antropóloga holandesa Annemarie Mol (2008) a partir de su modelo analítico de cuidados, presentado como fruto de una «larga tradición feminista» de pensamiento crítico. Según dicha autora, al contrario que la «lógica de la elección», basada en nociones como «autonomía» y «opción individual», la «lógica de los cuidados» no funciona a partir de individuos, sino de colectivos. La noción de colectivos, tal como la presenta la autora, remite al hecho de que las personas forman parte de muchas asociaciones, que se hacen, deshacen y rehacen constantemente. Las distintas posibilidades que implican esas asociaciones son inherentes a la práctica de cuidados, de forma que, para que esta se concrete, es preciso prestar atención a los distintos colectivos a los que pertenece el sujeto. Desde esta perspectiva, el sujeto siempre es relacional, es decir, compuesto por innumerables relaciones que lo preceden: «Los individuos que participan en la lógica de los cuidados morirían si se les dejase solos. Su capacidad de actuar se la deben a otros» (Mol, 2008: 62). No se trata de una idea de igualdad dentro de estas relaciones, sino de una serie de diferencias no jerárquicas: «diferencias horizontales entre personas», diferencias que indican necesidades distintas y, más en concreto, distintas necesidades de cuidado (*ídem*). De esta manera, la elección pasa a ser algo que depende de un haz de relaciones y no de la capacidad ni del poder específico de determinadas personas.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> El debate que se presenta aquí entronca con una generación reciente de teóricas feministas de los cuidados. Estas, en su mayoría mujeres con discapacidad o cuidadoras de personas con discapacidad, cuestionaron la primera generación de estudios sobre discapacidad fundamentada en los valores de autonomía, independencia y productividad (como si bastase con eliminar las barreras sociales para que la persona con discapacidad entrase en el mercado de trabajo y conquistase un estatus social igual al de cualquier otra ciudadana). Desde su experiencia personal, investigadoras como Eva Kittay (1999) y Thomas Carol (1999) introdujeron en el debate un cuerpo con impedimentos y así afirmaban que, para muchas personas, la independencia como ideal no se concretaría nunca. Con eso reforzaron la necesidad de romper con la lógica individualista de la sociedad neoliberal para contemplar formas de igualdad y de justicia en relaciones de dependencia e interdependencia (Diniz, 2012).

Aunque Nina y Silvana sean mujeres de la misma franja etaria, aunque vivan en la misma región y aunque muchas personas a su alrededor consideren su «problema» parecido —ambas son percibidas como «más lentas» y dependientes de sus cuidadoras—, las posibilidades de ambas no son las mismas. No han tenido la misma trayectoria. Doña Lígia no tuvo la oportunidad de seguir el desarrollo de Silvana desde la infancia. Hace solo diez años que vive con la muchacha y todavía carece de toda la autoridad o responsabilidad legal de su sobrina. Los cuidados que brinda, aunque diligentes y llenos de un palpable cariño, pueden considerarse más «básicos»: garantiza el sustento de Silvana, su higiene y la elaboración de sus documentos de identidad. Si hablamos de Nina, siempre vivió con su madre y desde bebé tiene el seguimiento de médicos y otros especialistas que velan por la calidad de vida de la muchacha. Pero no se trata sólo de eso. El caso de doña Edna y Nina sugiere que, dentro las redes de relaciones que tanto influyen en las limitaciones o en las posibilidades de una persona con discapacidad, la movilización política y la integración comunitaria de la cuidadora pueden ser factores fundamentales.

*Jurema y Jair: cuando la red de cuidados se muestra tenue*

Hasta ahora hemos visto ejemplos en los que mujeres de una cierta edad, echando mano de estrategias más bien informales, más bien institucionales, consiguen garantizar la calidad de los cuidados de una persona adulta con «problemas de cabeza». El tercer caso, donde cambia tanto el sexo de la persona dependiente como la naturaleza de su «problema», anuncia una situación donde los recursos disponibles para la madre cuidadora parecen escasos y plantea cuestiones sobre la tenue línea que separa «cuidados» y «negligencia». Aquí descubrimos un haz de relaciones que, a pesar de estar marcado por diversas intervenciones institucionales, se permea de ambivalencias inherentes a la *lógica del cuidado* (Mol 2008), donde el «buen» y el «mal» cuidado son siempre locales y contingentes.

Jurema, vicepresidenta de la asociación de su barrio, camina con dificultad por problemas en las rodillas. Después de haber trabajado como empleada doméstica y camarera, en la actualidad vive de su jubilación y de una pensión que dejó su padre, funcionario público estatal. Desde nuestro primer encuentro, me contó la historia de su único hijo, Jair. De sus 44 años de vida, Jair pasó diecisiete en la cárcel por homicidio, a unos 60 kilómetros de Porto Alegre. En la cárcel, le diagnosticaron esquizofrenia y trastorno bipolar, además de ser

consumidor de drogas. Cuando acabó su condena, pasó otros tres años internado en el Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) de Porto Alegre. Durante ese periodo, para facilitar que le dieran el alta, el equipo profesional de la institución brindó las prestaciones de asistencia a las que tiene derecho: además del BPC para «personas con discapacidad», el programa De vuelta a casa.<sup>5</sup>

En cuanto su hijo salió del IPF, Jurema utilizó el dinero de las prestaciones para alquilar y amueblar un «pisito» para él. Lo visitaba con frecuencia y se aseguraba de que tuviese comida y ropa, y de que se tomase los medicamentos. Pero después de poco tiempo, Jair volvió a vivir en la calle, donde estaba durante el periodo de esta investigación. A pesar de que nunca se le inhabilitase por vía judicial, es su madre la que tiene sus documentos y tarjetas bancarias «para que él no se lo gaste todo en drogas». A cambio, Jurema debe encargarse de buscar a su hijo en la calle entre dos y tres veces por semana y de llevarle comida casera, ropa limpia y alguna que otra caja de bombones.

Jurema insiste en que siempre cuidó de Jair. Cuando su hijo era niño, ella solía llevarse lo al trabajo. Incluso llegó a pedir que la despidieran de una casa donde trabajaba como empleada doméstica cuando la jefa le prohibió llevar al niño. No tenía elección, ya que «no podía estar allí todo el día con los cuatro hijos de la jefa, sabiendo que mi hijo estaría solo en la calle, para convertirse en marginal». Durante un tiempo, al percibir trastornos en el comportamiento de su hijo, llegó a llevarlo al hospital psiquiátrico del estado para que recibiera tratamiento. Mientras relataba la infancia de su hijo, era evidente el tono defensivo de Jurema —fruto, sin duda, de que la hayan responsabilizado muchas veces de los problemas de su hijo—: «Por eso, cuando las personas dicen que no lo atiendo, que no lo he atendido, es que no saben nada [...]. Jair no tendría que haber salido como salió, para nada».

Aunque insiste en que su hijo fue condenado injustamente por un crimen que no cometió, ella reconoce que llega a tener un comportamiento violento. Jurema ya tuvo que cambiar de casa y ocultar su dirección para huir de la amenaza de sus ataques de furia. Ahora tiene que lidiar con las quejas de los dueños de establecimientos comerciales en la calle que frecuenta Jair. Dicen que acosa a las mujeres

---

<sup>5</sup> En total, sus ingresos mensuales rondan los mil doscientos reales (aproximadamente, unos 300 euros), una cantidad considerablemente superior al salario mínimo brasileño, que en 2015 era ochocientos ochenta reales.



que son clientas habituales y que destroza el patrimonio, además de acumular mucha basura en los locales donde suele dormir.

Jair tiene el seguimiento regular del «personal de sanidad»: una asistente social y un médico, ambos vinculados al puesto de salud modelo de Porto Alegre. En una de las visitas que hicimos a Jair, nos encontramos a dos educadores sociales recalcándole a Jurema que su hijo no estaba bien que, al llevar sin medicamentos y sin tratamiento durante un tiempo, su esquizofrenia seguramente estaría fuera de control. Intentaron convencerla de que lo mejor sería internar a Jair en algún hospital: recibiría tratamiento gratuito contra la dependencia tóxica durante un periodo legal de 21 días y, después, podría ir a una clínica privada que pagaría el BPC que recibe. No obstante, Jurema dijo que ya estaba cansada de esas soluciones ineficaces y que, cada vez que lo internaban, su hijo volvía a la calle todavía peor que antes.

Jurema ya intentó que lo internaran cuatro veces en cinco años, nada menos. La primera vez, Jair estuvo casi cinco meses en una clínica a las afueras de Porto Alegre. Jurema encontró el lugar a través del dueño —un hombre «de fe» que forma parte del culto de matriz africana al que Jurema acude desde hace años—. Pero Jair se acabó fugando con la mujer del dueño y, poco después, volvió a las drogas. Al año siguiente, lo internaron en una hacienda terapéutica vinculada a la Iglesia Universal del Reino de Dios, a la que Jurema pagaba la mitad del salario mínimo. Su madre y su tía iban a visitarlo todos los domingos. Durante los primeros tres meses, Jair parecía ir muy bien y su madre conseguía imaginar la «vocación» de su hijo: él «rezaba, cerraba los ojos, creía de verdad». Pero en los tres últimos meses que pasó interno, su comportamiento cambió. En la sala de reuniones, el espacio donde las familias veían a los internos, él buscaba un rincón lejos de todo el mundo y se pasaba el tiempo pidiéndole a su madre que lo sacase de allí.

Después de que Jair pasase un nuevo periodo en la calle, Jurema emprendió una acción judicial encaminada al internamiento involuntario del hijo para tratar su dependencia a los estupefacientes. Al ganar la causa, Jair pasó veintinueve días internado en un área especializada de una institución hospitalaria pública. Su madre recuerda el día que el oficial de Justicia fue a la calle a buscar a Jair para internarlo. El oficial hizo todo con mucha calma y seguridad, y convenció a Jair para que fuera con él hasta el hospital. No obstante, al llegar al hospital, el hijo tuvo un ataque de furia y los guardas de seguridad tuvieron que contenerlo para que no se hiciera daño ni a él mismo ni a

otras personas. Así, lo amarraron a la cama y después de un rato empezó a gritar: «Mamita, mamita, sácame de aquí. No me dejes aquí».

Jurema nos contó ese episodio varias veces, que siempre narra con voz embargada. Aun así, dejó allí a su hijo durante el periodo que había determinado el juez. Al salir del hospital, Jair estaba, según su madre, peor que cuando entró, lo que la llevó a la conclusión de que veintidós días no servían de nada.

Por todas esas experiencias, cuando los educadores u otros miembros del equipo administrativo que cuida de Jair recomiendan internarlo de nuevo, Jurema responde: «De nada servirá algo hecho contra su voluntad». Después, a solas con nosotras, confiesa lo preocupada que está por el bienestar de su hijo, sobre todo cuando llega el invierno. Pero está cansada, sin ánimos para afrontar el estrés y los esfuerzos que requiere internar a su hijo una vez más, sin esperanza de que su condición mejore de una manera efectiva.

La historia de Jair y Jurema, justo por representar una situación extrema y cuya resolución dista mucho de ser evidente, sirve para ilustrar la noción de lo «bueno puesto en práctica (*enacted*)» acuñada por Mol *et al.* (2010). El problema es que el cuidado no funciona, como lo hace la «justicia», según unas normas claras; y tampoco sigue las medidas calculadas al milímetro de algún principio de reciprocidad. Es más algo que las personas inventan y reinventan en el transcurso de prácticas cotidianas, entrelazadas con historias complejas y ambivalentes donde lo bueno y lo malo se pueden ver como entidades separadas:

Lo bueno y lo malo pueden estar enmarañados; las buenas intenciones pueden tener efectos terribles; si se observa bien cualquier «buena» práctica concreta puede tener algo «malo» dentro de sí (y viceversa); los cuidados «suficientemente buenos» pueden ser un objetivo más sabio que un cuidado que es «aún mejor»; si bien algunas veces sea incierto si alguna forma de cuidados (para quién, en qué medida, de qué modo) merece ser elogiada o criticada. (Mol, Moser, Pols, 2010: 12)

Las prácticas de Jurema son acordes a las que Mol (2010) denomina *tinkering*,<sup>6</sup> elemento esencial de las prácticas de cuidados que se basan en una manera experimental, a menudo improvisada, de actuar. Se aplica en situaciones donde convergen distintos «buenos»,

<sup>6</sup> Según el diccionario Merriam-Webster el verbo *to tinker* se puede definir como trabajar, concertar, arreglar algo de manera experimental o no profesional.

es decir, «buenos» que reflejan distintos valores y también distintas maneras de ordenar la realidad. De esa forma, cuidar puede verse como una combinación, un conjunto de prácticas de *tinkering*, donde las acciones y decisiones son siempre contingentes y adaptadas a la realidad del momento. El propósito, el objetivo de los cuidados no tiene por qué ser el mismo a lo largo del tiempo. Así, una forma determinada de cuidados no puede tomarse como la solución definitiva y absoluta para cierta situación. Cada acto de cuidados forma parte de un proceso continuo, de una gran experimentación que se desenvuelve prestando atención a las distintas necesidades que se presentan en ese espacio y tiempo concretos.

La dificultad de definir el «buen» cuidado y el «malo» queda patente cuando pensamos en el cuidado a partir de la pelea que presentamos entre Jurema y los educadores sociales. En aquel momento, todos tenían el mismo objetivo: garantizar la mejor solución para la situación de Jair. Tanto Jurema como los educadores tenían en mente la protección y el bienestar de Jair. No obstante, el significado de ese «bienestar» era distinto para ambas partes. Mientras que Jurema buscaba algo que resolviese el problema de su hijo al tiempo que respetase su voluntad, los educadores sociales estaban convencidos de que Jair solo estaría bien si se internaba —de forma involuntaria o voluntaria—. Distintas versiones de lo que significa el cuidado se hicieron presentes y entraron en tensión en aquel momento; prevaleció la voluntad de Jurema, por ser la madre de Jair. Si bien es preciso reflexionar sobre esa responsabilidad materna y sobre cómo se sitúa la mujer como autoridad y también cabeza de turco en esos procesos de cuidados.

## Mujeres en la organización comunitaria

La literatura internacional no duda en describir las conquistas de los movimientos sociales feministas en Brasil como una «sinergia productiva con agencias del Estado». Durante las décadas de 1980 y 1990, estos movimientos empujaron una agenda de empoderamiento femenino, en especial, frente a la violencia contra las mujeres (Molyneux, 2000). Documentos más recientes de la ONU también subrayan la importancia de la «sociedad civil» en la coordinación de una economía de cuidados (ONU, 2016). En Brasil, en concreto, esas mujeres asumen una centralidad estratégica ya «sea como clientes preferentes de programas de lucha intergeneracional contra la pobreza, tales

como programas de transferencia de renta, ya como operadoras, en términos locales, de programas gubernamentales para la población que se considera más vulnerable» (Sorj y Gomes, 2011: 148). Durante los años ochenta, se produjeron algunos estudios sobre la «maternidad militante», que animaban la participación de las mujeres de rentas bajas en la política local (Bonetti, 2007). Sin embargo, en los últimos años, la profesionalización de las ONG y la institucionalización de los movimientos sociales han llevado a cierto retroceso en la atención que se dedica a las organizaciones vecinales. A día de hoy es raro que análisis nacionales y regionales entren en detalles sobre el número infinito de pequeñas organizaciones comunitarias —encabezadas invariablemente por mujeres— que representan la primera línea de una economía de cuidados (véase Bonetti, 2007).

En Porto Alegre, donde existe una larga tradición de «participación popular» en el gobierno de la ciudad y del estado, las asociaciones de barrio tienen un importante potencial. Mientras que en otras capitales los liderazgos populares femeninos se sumaron a la lucha contra la violencia policial, que amenaza la supervivencia de sus hijos (Leite, 2004; Vianna, 2011), en Porto Alegre se observa una importante apertura hacia las mujeres en la política comunitaria (Bonetti, 2001). En el caso de doña Edna y Nina, hemos visto la importancia de esa participación política de las mujeres en la red de cuidados que garantiza, junto con los servicios públicos, el cuidado de personas dependientes. Jurema también es una lideresa comunitaria. Ya jubilada, dedica la mayor parte de su tiempo a las tareas de la asociación, donde suele quedarse de lunes a viernes, desde la mañana hasta la noche. Además, participa en innumerables reuniones y eventos promovidos por diferentes instituciones, secretarías municipales y estatales, y movimientos sociales. Jurema también pone empeño en participar en cursos que le concedan certificados y siempre nos cuenta que tiene una carpeta en casa donde guarda todos los certificados que recibe. Entre otros, ha realizado un curso para cuidadoras de ancianos, una formación como promotora legal popular organizada por la ONG Themis, y un curso de informática que se impartió en la asociación. No obstante, en el caso de Jurema y Jair, la movilización política no basta para resolver los problemas de cuidados. En su historia, no hay carencia de recursos materiales: Jurema tiene su propia renta y su hijo recibe dos subsidios permanentes, que suman una cantidad suficiente para costear los tratamientos. Sin embargo, en este caso, no existe una salida fácil.

Aunque doña Lígia forme parte de una pequeña red familiar femenina, ninguna de las tres cuidadoras que aquí se han presentado cuenta con el apoyo de algún familiar varón. Los padres/compañeros o fallecieron o se ausentaron del entorno doméstico hace ya años. Si bien parece que, para Silvana y Nina, esa presencia masculina hoy no hace mucha falta podemos imaginar que las cosas son distintas en lo que se refiere a Jair. Con el fin de afrontar los desafíos de cuidar a un hijo varón con graves problemas psiquiátricos, Jurema requeriría de una red profesional creativa y perseverante que ofreciera servicios articulados de gran complejidad y que tuviese una continuidad en el tiempo. Dada la ausencia de este respaldo, y ante la escasa eficacia de las medidas disponibles, el agente al que se responsabiliza con más ligereza por los «malos cuidados» de su hijo es la propia Jurema — cansada y con la paciencia agotada—.

Por último, el método etnográfico que aborda prácticas cotidianas nos obligó a mirar más allá de categorías preconcebidas para la dinámica del «haz de relaciones». Hemos visto, a través de los tres casos, que el cuidado depende de la articulación de diversas instancias —una especie de *tinkering*— donde lo individual, lo familiar, lo vecinal y lo estatal se superponen. La persona con discapacidad no deja de demostrar distintas formas de agencia dirigida a cierta autonomía: Nina se pone como anfitriona de su asociación de barrio y le cuenta a todo el mundo sus cuidados; Jair entabla relaciones amorosas y traza sus propios caminos; Silvana hace planes para utilizar el dinero que vendrá. Mientras, el éxito de esos proyectos, su continuidad, depende antes que nada de la colaboración de vecinos y conocidos de su red social — fuentes de estímulo así como de censura y de agresiones potenciales—.

En particular, en los grupos de renta humilde, las mujeres se encargan del cuidado cotidiano de las personas dependientes. En el caso de adultos con algún tipo de discapacidad, esto es, aquellos «incapacitados para la vida independiente», podemos presuponer que son sobre todo mujeres mayores quienes asumen la principal responsabilidad de los cuidados. Al mismo tiempo, el peso de esa responsabilidad y el grado de eficacia depende, en gran medida, de las redes informales en las que participa la mujer. La comunidad aquí no existe como entidad formal bien delimitada; se construye en el contacto cotidiano, por la circulación de información, el intercambio de servicios y favores, y los reconocimientos mutuos. Surge aquí la asociación de barrio como nudo en el que se concreta el trabajo invertido en la construcción y en la orientación de un sustento colectivo.

Para completar sus esfuerzos la mujer podrá apoyarse, en algunos casos, en la red femenina de la familia extensa. En otros, podrá echar mano de una articulación de los servicios comunitarios y públicos existentes para ayudarla en esos cuidados. No obstante, cuando surgen casos que superan los límites de los recursos existentes, la responsabilidad moral recae con facilidad sobre el eslabón más débil de la red: la mujer/madre siempre sospechosa de ser una cuidadora insuficiente. La consideración de las dinámicas variables (de clase, de género, etc.) que subyacen a las situaciones de cuidados, así como de la interacción de distintos recursos disponibles —familiares, vecinales, estatales— señala el camino para forjar políticas eficaces en el contexto de las complejas coyunturas actuales.

## Bibliografía

- Das, Veena (2015), *Affliction: Health, Disease, Poverty*, Nueva York, Fordham University Press.
- De Lima Bonetti, Alinne (2001), «Novas configurações: Direitos humanos das mulheres, feminismo e participação política entre mulheres de grupos populares porto-alegrenses» en Regina Reyes Novaes y Roberto Kant De Lima (org.), *Antropologia e Direitos Humanos*, Niterói, Editora Da Universidade Federal Fluminense, vol. 30, pp. 137-201.
- \_\_\_\_\_ (2007), «Não basta ser mulher, tem de ter coragem - Uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo político feminista de Recife – Pe», Tesis doctoral de Ciencias Sociales, Unicamp.
- \_\_\_\_\_ (2009), «As arapiracas do feminismo? Campo político feminista, alteridades, gênero e poder», vol. 12, pp. 145-172.
- Diniz, Débora (2012), *O que é a deficiência*, São Paulo, Brasiliense.
- Esquivel, Valeria (2011), *The Care Economy in Latinamerica. Putting Care at the Center of the Agency*, United Nations. Series: *Undoing Knots, Innovating For Change*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Fassin, Didier (2012), «Introduction: Towards a Critical Moral Anthropology» en Didier Fassin (org.), *A Companion to Moral Anthropology*, West Sussex, Wiley-Blackwell, pp. 1-18.
- Fonseca, Claudia (1995), *Caminhos da adoção*, São Paulo, Editora Cortez, 1995.
- \_\_\_\_\_ (2002), «Inequality near and far: adoption as seen from the Brazilian favelas», *Law y Society Review*, núm. 36(2), pp. 101-134.
- Kittay, Eva F. (1999), *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency*, Nueva York, Routledge.
- Leinaweaver, Jessica (2008), *The Circulation of Children: Kinship, Adoption, and Morality in Andean Peru*, Durham, Duke University.
- Lena Lavinas (2014), «La asistencia social en el siglo XX», *New Left Review*, núm. 84, pp. 7-48.
- Mol, Annemarie (2008), *The Logic Of Care: Health And The Problem Of Patient Choice*, Nueva York, Routledge, 2008.
- Mol, Annemarie, Moser Ingunn y Jeannette Pols (2010), «Care: Putting Practice Into Theory» en A. Mol, M. Ingunn y J. Pols (eds.), *Care In Practice: On Tinkering In Clinics, Homes And Farms*, Verlag, Transcript, pp. 7-26.
- Molyneux (2000), *Women's Movements in International Perspective: Latin America and Beyond*, Nueva York y Londres, Palgrave, 2000.

- \_\_\_\_\_ (2007), *Change and Continuity in Social Protection in Latin America: Mothers at the Service Of The State?*, Gender and Development, núm.1, Ginebra, UNRISD.
- Moreno, Alessandra Z. (2013), *Vivendo em lares alheios: Filhos de criação e adoção em São Paulo colonial e em Portugal [1765-1822]*, São Paulo, Annablume Editora, 2013.
- ONU (2016), «Gênero e autonomia econômica para as mulheres», *Caderno de Formação*, Brasília, SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, MMIRDH.
- Pereira Leite, Marcia (2004), «As mães em movimento», en Marcia P. Leite y Patricia Birman (orgs.), *Um mural para a dor: Movimentos cívico-religiosos por justiça e paz*, Porto Alegre, Editora da UFRGS.
- Schmidt, Janaina y Mossicléia Mendes da Silva (2015), «A assistência social na contemporaneidade: Uma análise a partir do orçamento público», *Revista Katálysis*, núm. 18 (1), 2015, pp. 86-94.
- Silva Lima, Sheila (2014) y Sandra Assis Brasil, «Do programa De Volta Para Casa à conquista da autonomia: Percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização», *Physis Revista De Saúde Coletiva*, Río de Janeiro, num. 24 (1), pp. 67-88.
- Sorj, Bila, y Carla Gomes (2011), «O gênero da “nova cidadania”: O programa mulheres da paz», *Sociologia y Antropologia*, pp. 147-164.
- Van Vleet, Krista (2008), *Performing Kinship: Narrative, Gender, and the Intimacies of Power in the Andes*, Austin, University of Texas.
- Vianna, Adriana y Juliana Farias (2011), «A guerra das mães: Dor e política em situações de violência institucional», *Cadernos Pagu*, núm. 37, pp. 79-116.
- Weishaupt Proni, Marcelo (2013), «Trabalho decente e vulnerabilidade ocupacional no Brasil», *Econ. Soc.* [digital], núm. 22 (3), pp. 825-854.
- Yazici, (2012), «The Return to the Family: Welfare, State, and Politics of the Family in Turkey», *Anthropological Quarterly*, núm. 85(1), pp. 103-140.