

**ÉRICA DUMONT**

**A "CAIXA PRETA" DO CUIDADO.  
Relações de gênero e histórias de vida de  
trabalhadoras técnicas de enfermagem.**

Belo Horizonte

2012

**ÉRICA DUMONT**

**A "CAIXA PRETA" DO CUIDADO.**

**Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Educação, Conhecimento e Inclusão Social, sob orientação da Professora Dra. Isabel de Oliveira e Silva.

Belo Horizonte

Faculdade de Educação da UFMG

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais

Dumont, Érica.

A "caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem. / Érica Dumont; orientadora Isabel de Oliveira e Silva. - Belo Horizonte, 2012, 146p.

Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

Palavras chaves: Cuidado - trabalho de cuidado - "care", gênero – feminismo, enfermagem

Dissertação intitulada: “*A "caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem*” de autoria da mestranda Érica Dumont Pena, aprovada pela banca examinadora, constituída pelas professoras:

---

Professora Dra. Isabel de Oliveira e Silva - FaE/UFMG - Orientadora

---

Professora Dra. Maria Amélia Gomes de Castro Giovanetti - FaE/UFMG

---

Professora Dra. Inês Assunção de Castro Teixeira - FaE/UFMG

---

Professora Dra. Iza Rodrigues da Luz - FaE/UFMG

---

Professora Dra. Lucia Helena Alvarez Leite - FaE/UFMG

Belo Horizonte, 24 de agosto de 2012

Av. Antônio Carlos, 6627 – Belo Horizonte, MG – 31270 – 901 - Brasil

Para Ana Carla, minha mãe e amiga, que com muito carinho e esforço sempre estimula e acompanha as minhas escolhas;

Para minha avó Tereza e para meus irmãos Henrique, Matheus e minha irmã Nina, presenças amigas e constantes, que me suprem de energias;

Para Roberto, meu companheiro, que com dedicação acompanhou cada passo deste trabalho, ajudando-me, sobretudo, a ter serenidade para conduzi-lo.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado também de conversas, indicações de leituras, passeios, debates, aulas. Muitas pessoas colaboraram de perto ou de longe, e a todas elas gostaria de manifestar minha profunda gratidão. Agradeço especialmente:

A Lúcia e Rosa, que confiaram as suas histórias à pesquisa e que, com generosidade, cederam seus tempos, abriram suas casas, suas vidas. Aos familiares e colegas de Lúcia e Rosa, que, de modo semelhante, confirmaram as suas lembranças, com quem muito aprendi. E ao Centro de Saúde Laranjeiras, pela acolhida;

A Isabel, que sempre esteve me orientando de forma segura, leve e cuidadosa, agradeço pela convivência amiga, e pela solidariedade sempre que “a vida pediu passagem”;

Às companheiras queridas da Marcha Mundial das Mulheres, da Coletiva Feminista e tantas outras mulheres transformadoras, com quem tenho aprendido e compartilhado muito do que está escrito neste trabalho, em especial à Débora e à Bernadete, que contribuíram diretamente com sugestões de leituras e conversas;

À minha mãe e ao Ivan, à minha avó, a meu pai e a Vânia, Henrique, Matheus e a Bela, Nina, Duda, Paloma e a Larissa, que, ao cuidarem de mim, me ensinam e me propõem desafios. E aos meus tios Renato e Tony, a Simone e a Mônica e também à Taís, pelo incentivo e exemplo;

A Roberto por ser companheiro também nessa minha escolha, pelo carinho e apoio constantes; a Heloísa, Martini, Júlio, Aninha e Rose, pela acolhida em Belo Horizonte e por terem me acompanhado em muitos momentos deste trabalho;

Às minha amigas/os Nathy, Daniel, Disa e Lucas, Bela e Kidão, Kátia e Leandro, Rosa, Amandinha, Mariazinha, Tiça e Mirele, pela presença alegre e convivência amiga;

Aos grupos de estudo JEQUI e GEPIMG, da UFVJM, especialmente à Rosana, Marivaldo e Giselle, pela aprendizagem de pesquisa, mas também pelo incentivo e amizade de sempre;

Aos colegas de mestrado e especialmente à Bianca, ao Igor e ao Luiz e à “esquerda mestradista” pela convivência, pelas dicas, pela amizade e pelo afeto de cada um de vocês;

À professora Helena Hirata, que muito contribuiu para minhas reflexões sobre o trabalho de cuidados com seus estudos, pela colaboração e incentivo nesse processo;

A todos/as os/as professores/as da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, em especial à Professora Inês Teixeira, que contribuiu para as minhas reflexões sobre a sociologia e também com o projeto desta pesquisa, principalmente incentivando minhas descobertas com a História Oral, a quem sou muito grata;

À professora Regina Campos, pelo diálogo e a toda a equipe da Educação do Campo. Aos colegas do NETE e ao Pablo pelos eventos que construímos, pelas conversas e projetos compartilhados. Aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação e Infância, em especial a Iza, Marines e Vanessa. Também aos colegas do Teia e do Observatório da Juventude, com os quais eu tenho tido a felicidade de trabalhar e aprender, obrigada pela compreensão e companheirismo;

## RESUMO

DUMONT, Érica. A **"caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem.** 2012. 144p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

O objeto deste trabalho são as relações de cuidado com o outro, analisadas nas histórias de vida de duas mulheres, atuais técnicas de enfermagem. O conceito de cuidado, tomado dos estudos feministas, entendido como uma relação social cujo objeto é o outro, constitui o eixo central das análises. Entendendo que as relações de cuidado são constituídas de ações e emoções, vivenciadas pelas agentes nos diversos contextos dos quais estas fazem parte, procuramos desvendá-las nessas histórias de vida, com foco na esfera familiar e na esfera do trabalho no Centro de Saúde. Para a construção das histórias de vida, utilizou-se entrevistas narrativas. Outro procedimento metodológico adotado foi a observação participante nas situações de entrevistas e no cotidiano do Centro de Saúde por um período de três meses. No primeiro capítulo, buscou-se situar a discussão contemporânea do cuidado desenvolvida no campo de estudos feministas. Nele também apresentamos a construção do objeto e as opções metodológicas para a compreensão do mesmo. No segundo capítulo, focalizou-se na história de Lúcia e Rosa no âmbito das respectivas famílias com objetivo de apreender e analisar nas suas histórias: as práticas, os significados e as emoções que constituem as relações de cuidado. O terceiro capítulo refere-se às análises das lembranças e das práticas de cuidado no âmbito do trabalho que essas desempenham no Centro de Saúde. Destacou-se nesses capítulos, a consubstancialidade das relações de cuidado, gênero e classe social em diálogo com a perspectiva feminista do cuidado e tomamos o conceito de gênero como categoria de análise central. Os resultados desta pesquisa revelaram que as relações de cuidado extrapolam os objetivos da sobrevivência e instrumentais, embora estejam bastante delimitadas por esses objetivos, desvelando um contexto de práticas e símbolos, que se destacam não só pela responsabilidade, altruísmo, mas também pela violência e raiva, atitudes de distanciamento, pouco evidenciadas nos estudos sobre essa temática.

Palavras-chaves: Cuidado - trabalho de cuidado - "care", gênero – feminismo, enfermagem

## ABSTRACT

DUMONT, Erica. **The "black box" of care. Gender and life histories of nursing techniques workers.** 2012. 144p. Thesis (Master). College of Education, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

The object of this work is the relations of care for the other, analyzed through the life stories of two women, current nursing techniques workers. The concept of care, taken by the feminist studies point of view, understood as a social relation whose object is the other, constitutes the central axis of the analyzes. Understanding the relations of care are composed by actions and emotions, experienced by agents in a various contexts of which they are part, we find to unveil them in these life stories, focusing on the family sphere and on the sphere of work in the Health Center. To construct the life histories, we used narrative interviews. Another methodological procedure adopted was a participant observation in the interviews situations and also, daily in the health center, for a period of three months. In the first chapter, we situate the contemporary discussion of care, located in the feminist studies. In it, we present the construction of the object and also the methodological options for the understanding it. In the second chapter, we focus in the story of Lucy and Rose in the family purposing of gath and analyze the memories of the care and some meanings constructed by them about their daily practices of care in this sphere. In the third chapter, we emphasize their practices and discourses concerning the work in the health care and its social meaning. In these chapters, we highlight the consubstantiality of the social relations of care, gender and social class in dialogue with the feminist perspective of care and take the concept of gender as a central category. The results revealed that the relations of care surpass the instrumental goals of survival and professional techniques, revealing the symbolic context, which also stands for violence and anger, attitudes that are not being evidenciated in some studies in this area.

Keywords: Care work – "care" – Ethics of care, Gender - feminism, Nursing - Nurse

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: PONTO DE PARTIDA	11
UNIDADE I	16
CAPITULO 1: CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS DO CUIDADO	18
1 Cuidado: do campo político feminista ao campo da ciência	18
2 Cuidado: campo de estudos feministas	25
2.1.1 Cuidado na perspectiva ética	26
2.1.2 Cuidado na perspectiva política	30
3 Elos entre a educação e a enfermagem	33
2. A trajetória da pesquisa: construção do objeto	39
2.1 Relação social de cuidado	42
2.2 Intersubjetividade	44
2.3 Esferas de análise, método e o campo da pesquisa	46
UNIDADE II	50
CAPÍTULO 2: O CUIDADO NA FAMÍLIA	51
1 Lúcia	52
1.1 Infância: “trabalho-castigo”	53
1.2 Responsabilidades e vulnerabilidades	60
1.3 Contexto escolar	65
1.3.1 O dom de cuidar e a escolha “do possível”	65
1.3.2 Aprendizagens: alteridade e compaixão	69
1.4 Novas tessituras da rede familiar de Lúcia	72
1.4.1 Autocontrole, dom da vida e opção pela maternidade	72
1.4.2 Cuidados delegados	75
1.4.3 Fronteiras entre estar bem e poder competir	78
2 Rosa	80
2.1 Infância: transmissão de saberes e aprendizagem de cuidados	81
2.1.2 Reciprocidade e poder	81
2.2 Juventude: contexto escolar e trabalho	86
2.2.1 De cuidada à cuidadora: feminilidade?	86
2.2.2 Entre doméstica, técnica de enfermagem e enfermeira	89
2.3 Início da trajetória na enfermagem	94
2.3.1 Donas do que é de todos/as: privilégios socioculturais	94
2.3.2 Outros relatos: maternidade e cuidados delegados	97
3 Algumas considerações	100

CAPÍTULO 3: O CUIDADO NA ESFERA PROFISSIONAL	103
1 Da porta de entrada, para o inferno	104
1.1 O outro delinquente: manutenção das distâncias	106
1.2 Nós trabalhadoras/es: esforços do reconhecimento	112
2 Por detrás da porta, novos cômodos, espaço médico	120
2.1 “Fazer viver e deixar morrer”?	122
3 Entrando nos cômodos, desvelando habilidades: a sala de curativo, central de materiais esterilizáveis e a farmácia	124
3.1 Mulheridade e práticas físicas de distanciamento	126
4 Rumo ao céu, enfim o cuidado?	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro de funcionários/as que trabalham no Centro de Saúde Laranjeiras...108

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS)
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem (COFEn)
ESF	Estratégia de Saúde da Família (ESF)
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM),
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips)
Oss	Organizações Sociais (OSs),
PSF	Programa de Saúde da Família (PSF)
PROUNI	Programa Universidade para Todos (PROUNI)
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE),
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)
SUS	Sistema Único de Saúde (SUS)
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

**INTRODUÇÃO**  
**PONTO DE PARTIDA**

## INTRODUÇÃO: PONTO DE PARTIDA

Alvará de Demolição

Adélia Prado (2011)

O que precisa nascer  
tem sua raiz em chão de casa velha.  
À sua necessidade o piso cede,  
estalam rachaduras nas paredes,  
os caixões de janela se desprendem.  
O que precisa nascer  
aparece no sonho buscando frinchas no teto,  
réstias de luz e ar.  
Sei muito bem do este sonho fala  
e a quem pode me dar  
peço coragem.

A origem deste trabalho está em minhas inquietações em torno do cuidado, como sendo uma atividade majoritariamente desempenhada pelas mulheres. Como enfermeira, portanto, profissional de saúde e cuidadora e também como integrante da Marcha Mundial das Mulheres<sup>1</sup>, participo de espaços de discussão sobre o trabalho de cuidado com mulheres cuidadoras, do campo e da cidade, de diversas gerações, e constatei a necessidade de refletir sobre o cuidado do outro, de modo a compreender as suas fronteiras e as contradições.

Acompanhando o movimento feminista mais de perto desde 2008, percebi que mudanças vem ocorrendo em torno das necessidades requisitadas pelas mulheres, com incremento das demandas envolvendo o corpo, os afetos, os valores. Novas inquietações, tendo como base os sentidos positivos do cuidar, a maternidade, os afetos, surgiram nos estudos feministas, até então centrados na divisão sexual do trabalho e nos processos de mercantilização do cuidado. O olhar sobre o cuidado nos estudos feministas, passa a se dar não somente na perspectiva da mercantilização e exploração das mulheres, mas também na perspectiva de valorização das atividades majoritariamente desenvolvidas por mulheres.

As organizações de mulheres passaram a dizer à sociedade que o cuidado precisa ser distribuído entre as pessoas: todos precisam de cuidados, portanto, todos precisam cuidar, mas também precisa ser valorizado. Tal movimento foi influenciado (e também influenciou) por muitos estudos realizados nos países anglo-saxões há três décadas. Nestes estudos, o cuidado, analisado numa perspectiva feminista, é visto como uma ética das mulheres, privilegiando as suas atividades, fazendo que com estas deixem de ser vistas como resultado de “falta de” pensamentos, habilidades ou sentimentos que as capacitem para o mundo competitivo e centrado no poder dos homens.

---

1

Movimento social mundial, de cunho feminista e anticapitalista, cujo lema “mudar o mundo para mudar a vida das mulheres, mudar a vida das mulheres para mudar o mundo”, a meu ver, sintetiza as ações.

Esses estudos, no entanto, refletiram-se primeiramente no incremento da ideologia da maternidade, sobretudo num contexto de declínio das taxas de natalidade (BADINTER, 2011), e pouco se sabe sobre sua influência na valorização de políticas públicas de cuidado, das profissões de cuidado ou mesmo na igual distribuição das atividades de cuidado nas famílias. No Brasil, por exemplo, as minhas experiências continuam me mostrando grupos diferenciados de cuidadoras, com base no gênero, classe, raça, idade, capacitação, bem como arranjos institucionais para que o cuidado se dê de forma opressora. Alguns desses arranjos utilizam-se, inclusive, de símbolos e aprendizagens que são caras para algumas mulheres, de modo a favorecer lucros ou conter gastos, através da exploração destas. É o caso da migração de mulheres para o trabalho de cuidados nos países da Europa e em parte da América do Norte.

De modo semelhante, pensamos que a necessidade de integração das funções de cuidar e educar das crianças em creches e pré-escolas, propostas nas diretrizes do Ministério da Educação, apontou para o reconhecimento dos cuidados, mas sabe-se que, ainda hoje, as profissionais atuam no que diz respeito ao cuidado, apoiadas em seus conhecimentos prévios, com pouca qualificação, estrutura e sem reconhecimento delas e dos seus conhecimentos.

Na enfermagem técnica, semelhante às profissionais da educação infantil, embora muitos conhecimentos utilizados também sejam acúmulos dos saberes e aprendizagens no âmbito da família, a profissionalização do cuidado, ao contrário, “aparece” como distanciada das aprendizagens culturais devido ao processo de cientificação dessas técnicas no interior da profissão, de modo a legitimá-las numa perspectiva biomédica. Ainda assim, há pouco reconhecimento das relações de cuidado e das profissionais, e o seu processo de qualificação para o “cuidado” descreve práticas de disciplinamento dos corpos das mulheres e dos seus valores.

Atualmente, os estudos feministas têm apontado a necessidade de se trabalhar com o conceito de cuidado, entendido de modo mais geral e descritivo, como uma relação social cujo objeto é o outro (HIRATA, 2010). Esses estudos reconhecem que o cuidado, como um conceito, é um tema a ser desvelado principalmente no que concerne ao trabalho dos grupos subalternos, sobretudo das mulheres pobres. Entretanto, no Brasil e nos países da América Latina e Central, ainda são incipientes os debates mais cuidadosos e aprofundados sobre o tema, associando-o a questões de gênero, poder e políticas sociais, e perpetua-se a uma indefinição do que se entende efetivamente por cuidado.

Iniciativas no Brasil (WALDOW, 2010; BOFF, 1999) têm revelado um olhar sobre o cuidado de forma encantada, porém sem que se ofusque essa atividade notadamente permeada de contradições, como é o mundo em que vivemos (WALDOW, 2010). Nessas iniciativas o cuidado, como um ideal, é pensado de modo a sinalizar mudanças de paradigmas nas atitudes dos seres

humanos, respondendo pelo convívio, solidariedade, amor e respeito.

Nesse sentido, entendemos que, mesmo que o horizonte do pensamento do cuidado seja esse ideal, ainda é preciso conhecer as relações de cuidado, percebê-las no seu cotidiano, de modo a não insistir nas análises distantes da realidade, do vivido. E foi com esse objetivo que nos debruçamos sobre o trabalho que esse objeto.

Dentre as áreas que transitamos – educação e enfermagem - compreendemos também que eram as trajetórias das trabalhadoras da saúde, de modo específico as da enfermagem, importantes referências para a compreensão do cuidado, na medida em que, nos seus percursos, essas cuidadoras lutam por exercer o cuidado sob influências religiosas, culturais, políticas e de classe e gênero, em meio a uma realidade hostil, brutalizada, interesses tecnológicos, empresariais, entre tantos. Segundo Waldow (2010), nessa área, é justamente para se opor a essas hostilidades que o cuidado precisa e tenta ser resgatado.

Sob esse olhar, analisar o cuidado não significaria resgatar receitas, normas, técnicas, mas, sim, o vivido e sentido, o cotidiano, as histórias. O cuidado como um elemento fundamental e parte de toda socialização estabelece a manutenção da vida, construindo um “saber-fazer” próprio das mulheres (KERGOAT, 2003; LOPES & LEAL, 2005). Nesse sentido, buscamos o olhar para a constituição das maneiras de ser e de cuidar, sob uma perspectiva que não se restrinja ao trabalho no mercado, por isso a opção pelas histórias de vida.

Pensamos que essa escolha poderia contribuir para trazer à tona os desafios dos raciocínios sobre essa relação social, nas diversas esferas em que ela acontece, permitindo compreendê-la posteriormente nos campos em que esta se desenvolve, bem como as correntes teóricas com as quais ela pode evoluir melhor. Como na poesia de Adélia Prado - “o que precisa nascer tem suas raízes em chão de casa velha” -, um novo conhecimento não substitui o anterior, apagando-o, mas se articula a ele de modo a reformular formas de pensamento e práticas. Buscamos então repensar as relações de cuidado do outro, tendo como foco as histórias de vida de duas trabalhadoras técnicas de enfermagem.

No primeiro capítulo, buscamos situar a discussão contemporânea do cuidado, situada no campo de estudos feministas. Nele apresentamos a construção do objeto e ainda as opções metodológicas para a sua compreensão. No segundo capítulo, trazemos as histórias de Lúcia e Rosa<sup>2</sup>, no âmbito da família, com o objetivo de apreender e analisar as lembranças sobre o cuidado e alguns dos sentidos construídos por elas acerca de suas práticas cotidianas de cuidado nessa esfera. No terceiro capítulo, focalizamos nas práticas e discursos destas, os trabalhos na unidade de saúde e seus significados sociais, com referência nas orientações para a ação percebidas em Lúcia e

---

2 Os nomes desse trabalho são fictícios, de modo a preservar a identificação dos/as sujeitos/as da pesquisa.

Rosa. Nesses capítulos, destacamos como as relações de cuidado, gênero e classe social estão imbricadas, em diálogo com a perspectiva feminista do cuidado, e tomamos o conceito de gênero como categoria de análise central.

## **UNIDADE I**

**CAPITULO 1**

**CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS DO CUIDADO**

## UNIDADE I

### CAPITULO 1: CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS DO CUIDADO

#### 1 Cuidado: do campo político feminista ao campo da ciência

Embora pensar o cuidado nos remetesse primeiramente à filosofia e à enfermagem e, também, à educação (em especial a educação infantil), nossa proposta neste trabalho é realizar uma reflexão especialmente voltada para as construções contemporâneas desse objeto no campo de estudos feministas, cujo caráter é interdisciplinar. O cuidado foi tomado como objeto legítimo nesse campo nos últimos 30 anos, fenômeno que é comum nas ciências humanas, uma vez que essas ciências estão expostas a receber problemas que a sociedade levanta de acordo com seu momento histórico.

Como observou Pierre Bourdieu (2000), os objetos de conhecimento - como o cuidado - são produções simbólicas, disputadas nas conferências, nas manifestações, nas comissões, nas reuniões, etc., até se tornarem legítimos, públicos, até que se estruturam<sup>3</sup>. Uma vez que o objeto é estruturado, passa a ser discutido e está sujeito a tomadas de decisão oficial, de modo a estruturar formas de percepção, pensamento e comunicação. Em geral, são garantidos pelo Estado de forma mais ou menos direta - nos programas das universidades, nos concursos, nos projetos, etc. - e, também, tendem a reproduzir estruturas de dominação<sup>4</sup>.

Assim, com vistas a compreender o cuidado como objeto estruturado, em disputa no campo de estudos feministas, propomo-nos a conhecer esse campo na relação que ele estabelece com o campo político<sup>5</sup>. O campo é um espaço onde um bem é produzido, consumido e classificado, em meio a conflitos e disputas entre os/as agentes, os/as quais, ao ocuparem posições semelhantes, podem ser percebidos por suas prováveis atitudes e interesses comuns<sup>6</sup>.

---

3 Objetos de conhecimento como parte de um sistema simbólico só podem exercer o poder de estruturar uma realidade porque antes foram estruturados objetivamente (BOURDIEU, 2000)

4 Nesse processo, duas questões se colocam especificamente para o campo científico (BOURDIEU, 2000). A primeira questão é que o objeto torna-se mais provável para um campo à medida que aumentam as possibilidades de ganhos materiais e simbólicos para os investigadores. A segunda questão refere-se à motivação para se constituírem pesquisadores tidos como peritos no assunto, e a universalidade de suas posições muitas vezes está associada ao fato de serem essas garantidas pelo Estado.

5 Segundo Bourdieu (2000), para conhecer como o objeto se estrutura e passa a estruturar é preciso conhecer o campo político.

6 Sobre essa possível previsibilidade, acrescenta-se que o jogo político que “(...) permite que os políticos prevejam as tomadas de posição dos outros políticos é também o que os torna previsíveis para os outros políticos. Previsíveis, portanto responsáveis, competentes, sérios, dignos de confiança, em suma, prontos para desempenhar com constância e sem surpresas nem traições o papel que lhes cabe na estrutura do espaço de jogo” (BOURDIEU, 2000, p.172).

Chave para perceber as posições das<sup>7</sup> agentes no campo político feminista é o dilema sobre o estatuto da diferença entre homens e mulheres: até que ponto homens e mulheres são iguais ou diferentes?<sup>8</sup> Além de um questionamento teórico sobre as origens das diferenças sexuais, essa pergunta tem implicações na compreensão das relações sociais de sexos e das principais disputas em torno dessa relação (divisão sexual do trabalho, sexualidade e reprodução sexual), as quais delimitam movimentos, pautas, campos de estudos. Atualmente, podemos descrever três respostas para a questão: a primeira, que considera homens e mulheres em sua natureza como iguais, representa os **feminismos universalistas**; a segunda, defensora da dupla natureza dos sexos, é própria dos **feminismos diferencialistas** e, ainda, uma terceira resposta, que se traduz em “nem uma natureza, nem duas”, é própria dos **feminismos pós-estruturalista e queer**.

Os feminismos universalistas têm como maior inspiração o ensaio intitulado “O segundo sexo”, da filósofa Simone de Beauvoir. Beauvoir (1949) defende que, ontologicamente, homens e mulheres são iguais, sendo o corpo biológico inscrito na e pela cultura: tornar-se mulher, para a autora, seria semelhante às demais construções sociais, como as classes, as etnias, as gerações e as religiões. Beauvoir (1949) pensou a dominação da mulher com base na infraestrutura da existência – considerada como a única estrutura que, em sua unidade, permite compreender a vida.

Para descobrir a mulher não recusaremos certas contribuições da biologia, da psicanálise, do materialismo histórico, mas consideraremos que o corpo, a vida sexual, as técnicas só existem concretamente para o homem na medida em que os apreende dentro da perspectiva global de sua existência. O valor da força muscular, do falo, da ferramenta só se poderia definir num mundo de valores: é comandado pelo projeto fundamental do existente transcendendo-se para o ser (BEAUVOIR, 1949, p.80).

Segundo essa perspectiva, o projeto da humanidade é superar-se. Beauvoir explica - referindo-se aos grupos primitivos - que a mulher, por suportar passivamente seu destino biológico, teria engravidado, amamentado os/as filhos/as e realizado atividades afins para as quais nenhum projeto se manifestava.

Os homens, entretanto, participando das expedições guerreiras, expedições de pesca e caça, principalmente, não trabalharam somente para conservar o mundo dado, experimentaram seu poder, projetaram caminhos, realizaram-se como existentes.

---

7 Utilizaremos o plural no feminino quando nos referirmos a um coletivo no qual as mulheres são em maior número.

8 Já na filosofia grega, duas respostas eram esboçadas sobre o estatuto da diferença entre homens e mulheres: a primeira, encarnada por Platão, sustentava a unicidade da natureza do homem e da mulher; a segunda defendida por Aristóteles, afirmava a natureza diferente de um e de outro. Nesse período, ainda que os posicionamentos teóricos estivessem divididos, ambos relegavam as mulheres ao lugar do “outro” do sujeito que fala, sente e deseja. Essas hipóteses também repercutiram mais tarde entre os filósofos modernos: para Rousseau, homens e mulheres teriam naturezas próprias dos sexos e papéis específicos na sociedade, enquanto Stuart Mill reivindicava a assimilação do papel das mulheres ao dos homens. As discussões sobre a natureza dos sexos se expandiram para outras disciplinas - a princípio de forma setorializada - e com o tempo foram se tornando indissociáveis do problema da inferiorização das mulheres (COLLIN, 2009, p.60).

É porque a humanidade se põe em questão em seu ser, isto é, prefere razões de viver à vida, que perante a mulher o homem se pôs como senhor; o projeto do homem não é repetir-se no tempo, é reinar sobre o instante e construir o futuro. Foi a atividade do macho que, criando valores, constituiu a existência, ela própria, como valor: venceu as forças confusas da vida, escravizou a Natureza e a Mulher (BEAUVOIR, 1949, p.85).

Desse modo, a dominação da mulher é explicada com base nos valores, projetos da humanidade pensados pelos homens; em outras palavras, a dominação das mulheres é compreendida como relações de poder, as quais, no decorrer da sua obra, Beauvoir (1949) trata referindo-se aos diversos âmbitos: economia, política, corpo, subjetividades. Posto isso, os feminismos universalistas reivindicaram a distribuição de poder entre os sexos, visando alcançar a igualdade sobretudo no âmbito dos direitos no trabalho, na educação, na saúde. O também conhecido como feminismo da igualdade foi preponderante na década de 70 do século XX, logo no surgimento dos movimentos feministas na Europa, e, no Brasil, aliados às lutas contra a ditadura militar (embora nesse contexto, a luta específica de sexo pouco se colocasse, sendo a redemocratização o mote geral da ação política).

Com a redemocratização, os feminismos brasileiros - protagonizados pelas mulheres das classes médias - seguem muito próximos dos partidos de esquerda, aproximando-se das mulheres das classes populares. Esses grupos fazem alianças com a igreja católica (principalmente as Comunidades Eclesiais de Base) e passam a reivindicar do Estado sobretudo infraestrutura que possibilitasse a construção de mais autonomia para as mulheres. Movidas pelas condições objetivas da existência, como coletivos de feminismo popular elas demandavam creches, restaurantes, água, luz, o que também contribuía para legitimar demandas tidas como burguesas, como aborto e liberdade sexual (ROSEMBERG E BRUSCHINI, 1982; SARTI, 2001).

Já nos Estados Unidos, o universalismo que foi preponderante até a década de 70 era pensado sobretudo em termos liberais – passou a ser questionado por um grupo hegemônico no interior da teoria psicanalítica (CARVALHO, 1999). Na escola psicanalítica anglo-americana foi se consolidando, em contraposição ao universalismo, o pensamento com ênfase diferencialista, no qual a preocupação central estava voltada para a construção da identidade feminina. Enquanto a corrente universalista queria dizer “somos todos um e temos direitos iguais de acesso ao universal, a corrente diferencialista reivindicava: “somos dois, reivindicamos nossa especificidade como mulher; e, ainda, o dito “universal” foi truncado pelo masculino” (COLLIN, 2009).

Essa perspectiva tem como principal referência a teórica Nancy Chodorow<sup>9</sup>. Para Chodorow (1990), o desenvolvimento da personalidade feminina estaria ligado a processos psicológicos: as características particulares do complexo edípico das mulheres as levariam a constituírem uma identidade específica, relacionada à maternagem. A maternagem (CHODOROW, 1990) são os elementos

---

9 Marília de Carvalho, em *No coração da sala de aula. Gênero e trabalho docente nas séries iniciais*, (São Paulo: Xamã, 1999), analisa as contribuições de Nancy Chodorow e de Carol Gilligan para a discussão do cuidado.

da feminilidade ligados ao cuidado com as crianças, passados por gerações, sendo esses universais e constituintes da divisão sexual do trabalho.

Como observa Carvalho (1999), os pressupostos do feminismo diferencialista, apoiados no entendimento de uma condição feminina única, estão enraizados na natureza tanto dos papéis sociais da maternagem quanto na psicologia, sem com isso chegar ao determinismo biológico estrito. Com esses fundamentos foi reivindicada a valorização da feminilidade, questionando a forma de organização masculina das relações humanas. É nesse contexto que Carol Gilligan escreve a obra *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* (1982), na qual teoriza sobre *ética do cuidado* (a *ética do cuidado* será introduzida no próximo tópico).

A mudança de paradigma teórico e prático no movimento feminista estadunidense em direção ao feminismo diferencialista aconteceu, por sua vez, em meio à crise do petróleo (1973) e à sucessiva crise econômica, cujas consequências, como desemprego e a precariedade dos trabalhos, atingiam sobretudo as mulheres. Elisabeth Badinter (2011) nota que, nesse tempo, além do feminismo diferencialista, também a igreja católica e as políticas públicas do Estado passaram a valorizar a feminilidade apoiada no suposto instinto materno e num modelo de maternidade “ideal” que impunha cada vez mais deveres para as mães com relação às crianças, medida que favoreceu a “absorção” de mão de obra feminina nas casas.

No caso brasileiro, ainda após o período de redemocratização, quando se intensificaram as lutas específicas das mulheres, a imagem “feminismo *versus* feminino” começou a dividir dois grupos (SARTI, 2001). O primeiro deles, hegemônico na época, de cunho universalista, que já descrevemos acima: estava mais próximo dos partidos, voltou-se para a atuação pública das mulheres e concentrou-se nos direitos<sup>10</sup>. O segundo grupo preocupou-se especialmente com o terreno da subjetividade, tendo como foco as relações do mundo privado traduzidas pela palavra de ordem “o pessoal é político”. Organizado ora em grupos de estudos, reflexão ou convivência, apontava para o feminismo diferencialista.

Com os nós desatados e o desenrolar do processo que as questões feministas desencadearam, o movimento social abriu caminho para uma experiência coletiva que mudou a perspectiva de ser mulher, mas também permitiu a cada mulher a indagação sobre si mesma, que, ainda que não possa ser reduzida à dimensão política, pela sua singularidade, tampouco pode dela prescindir, porque diz respeito a relações de poder. Neste ponto reside a tensão estrutural de uma luta social e política, que se articula no plano coletivo e objetivamente dado (com base em Marx), mas também no plano subjetivo e singular (com base em Freud) e se localiza entre a universalidade da condição feminina e a particularidade de suas manifestações (SARTI, 2001, p.45 e 46).

---

<sup>10</sup> Esse grupo buscou influenciar as políticas públicas, por meio de canais institucionais conquistados dentro do próprio Estado.

Nessas circunstâncias, o movimento de mulheres negras no Brasil cumpre um papel determinante ao questionar, tanto na perspectiva “da igualdade” quanto na “da diferença”, a visão essencialista de mulher que enquadrava todas as mulheres numa única forma de opressão, não considerando a geração, o pertencimento racial, a religiosidade e a realidade local (LOPES & GOMES, 2009).

Muitos desses movimentos, redes e fóruns que emergem no Brasil, sobretudo a partir dos anos 2000<sup>11</sup>, organizam-se com uma identidade política que articula raça, geração, sexualidade e classe, rejeitando o ideário de que todas as mulheres estariam ligadas por uma mesma opressão. Esses parecem sugerir que o princípio da “igualdade na diferença”<sup>12</sup> tende a dar sustentação às lutas práticas, num contexto amplo entremeado por conflitos e tensões internas, próprio de quem se movimenta. A maior parte das demandas desses movimentos está direcionada ao Estado como promotor do bem estar social, uma vez que, às desiguais relações sociais de sexo, somam-se aspectos da política neoliberal; mas, em especial, nos discursos e práticas feministas afloram as dimensões simbólicas das necessidades reclamadas.

Pode se dizer que nesses movimentos “da igualdade na diferença” está presente o que Alberto Melucci chama de “imagem hipersocializada das necessidades” (2001, p.74).

Nas sociedades contemporâneas, a definição das necessidades constitui uma dessas áreas da problemática, que se concentra em torno de dois pólos: de um lado assiste-se ao apelo a natureza; de outro, afirma-se uma imagem hipersocializada das necessidades (...) As necessidades como expressão de uma natureza que insiste ou se rebela ao social, ou as necessidades como reflexo integral do sistema de relações no qual o indivíduo está inserido – eis os dois modos puros de representar a formulação das questões na cultura das sociedades contemporâneas” (MELUCCI, 2001, p.74)

Com relação ao primeiro polo identificado por Melucci (2001), referente “ao apelo à natureza”, podemos identificá-lo com as manifestações atuais dos ecofeminismos, que, embora sejam crescentes no mundo, são ainda tímidas no Brasil<sup>13</sup>, sendo mais expressivas no campo acadêmico. Classificado por Badinter (2011) como uma expressão do diferencialismo fortemente calcada no naturalismo, o ecofeminismo, embora com diferentes abordagens, centra-se na feminilidade e nas funções maternas. Ao denunciar a exploração intensiva da natureza, reivindica restabelecer a harmonia rom-

---

11 Articulação de Mulheres Brasileiras (1994), Articulação de Mulheres Negras Brasileiras (2000), Liga Brasileira de Lésbicas (2000), Marcha Mundial de Mulheres (2000), Articulação Brasileira de Jovens Feministas (2004), Articulação de Negras Jovens Feministas (2009).

12 Como afirmou Collin (2009), se Beauvoir (1949) designava os homens como universal e percebia a libertação das mulheres como acesso à posição dos homens, ela também indicaria a possibilidade de uma igualdade na diferença, o que suas herdeiras fariam mais tarde. “Os que tanto falam de "igualdade na diferença" mostrar-se-iam de má-fé em não admitir que possam existir diferenças na igualdade” (BEAUVOIR, p.496, tomo II).

13 Como observa Bourdieu (2000, p.165): “dado que os produtos oferecidos pelo campo político são instrumentos de percepção e de expressão do mundo social, a distribuição das opiniões numa população determinada depende do estado dos instrumentos de percepção e de expressão disponíveis e do acesso que os diferentes grupos têm a esses instrumentos.” O acesso aos produtos ecológicos e a ideia naturalista ainda são restritos no Brasil às classes médias e altas.

vida entre seres humanos e natureza, condenando a química das pílulas anticoncepcionais, o parto medicalizado, a anestesia, os artefatos da amamentação (mamadeira, bombas de sucção), os absorventes descartáveis, os quais, em grande parte, foram conquistas também das feministas.

Nos ecofeminismos, o debate da ética do cuidado, teorizada por Gilligan, é fortalecido como sendo fundamental para a construção de um mundo mais humano, perspectiva similar a do autor Leonardo Boff (1999).

Diferentemente de Beauvoir (...) uma nova geração de feministas considera a maternidade a experiência crucial da feminilidade a partir da qual se pode construir um mundo mais humano e mais justo. Para isso, é preciso realizar um retorno à mãe natureza, ignorada por tempo demais: insistir nas diferenças psicológicas que geram as dos comportamentos, recuperar o orgulho do nosso papel de nutriz do qual dependem o bem estar e o destino da humanidade (BADINTER, 2010, p.71).

Esse debate da ética do cuidado, como vimos, começou a se dar nos últimos 30 anos, auge dos feminismos diferencialistas nos países anglosaxões, sendo protagonizado também por esses países. Num período mais recente, repercutiu na França e também na América Latina e América Central (GUIMARÃES, HIRATA e SUGITA, 2011). Em 2010, a ética do cuidado foi debatida na XI Conferência Regional da Comissão Econômica da América Latina e Caribe, das Nações Unidas (Cepal, ONU & Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010), cujo documento de base apresentava o capítulo intitulado a “A economia do care”, escrito por Joan Tronto (2007). A emergência dessa discussão está associada à importância dos fatores mais diversos, como crise econômica, migrações internacionais e internas induzidas pela demanda por mão de obra para trabalhos de cuidado, envelhecimento populacional, necessidade de profissionalização dessa atividade com idosos e sustentabilidade humana.

Voltando às abordagens do feminismo, há ainda uma terceira abordagem, a pós-estruturalista e pós-moderna, que, como falamos no princípio, tem o intuito de desconstruir as polaridades afirmando “não somos nem um, nem dois”. Uma das pesquisadoras que apontam nessa direção é Joan Scott, que, por meio da teoria desconstrutivista, coloca a necessidade de romper com as lógicas tradicionais do pensamento binário. Essa corrente conduz ao desenvolvimento do feminismo *queer*, que se manifesta indicando a porosidade dos sexos, ditos performáticos. Como explica Collin (2009): “Se as categorias sexo perdem sua pertinência, há homossexualidade na heterossexualidade e vice-versa. O sexo identificado social ou morfologicamente não é determinante.” (COLLIN, 2009, p.65). Não nos aprofundaremos nessa última vertente embora dialoguemos com suas questões ao longo do texto, uma vez que o pós-estruturalismo teve pouca incidência para que se estabelecesse objetivamente no campo feminista o objeto do cuidado.

Esperamos com esse tópico ter compreendido, dentro dos limites do trabalho, o feminismo diferencialista e universalista e também as necessidades e interesses dos movimentos atuais que se

constroem numa relação dialética com esses feminismos. Esses aspectos serão fundamentais para compreendermos adiante como o cuidado ocupa os/as agentes envolvidos/as na construção do conhecimento. Como alerta Collin (2009):

A oposição entre universalismo, diferencialismo e pós-modernismo deve ser pensada para além de qualquer “lógica dos opostos” (*apud* Collin, 1999), numa forma “paradoxal” (*apud* Scott, 1999) a fim de responder aos desafios concretos e contingentes do avanço das mulheres (COLLIN, 2009, p.66).

Sendo os feminismos experiências históricas que se referem concretamente a mulheres em contextos políticos, sociais, culturais e históricos específicos, entendemos que tanto essas perspectivas teóricas como as experiências interferem umas nas outras, questionando-se mutuamente.

## 2 Cuidado: campo de estudos feministas

Como descrevemos, o cuidado é um objeto que foi tomado no campo de estudos feministas em relação ao campo político, um objeto do conhecimento, simbólico, sobre o qual se disputam os significados<sup>14</sup> e suas implicações. O termo fundador dessa discussão é o termo *care*, em inglês, sendo de origem anglo-americana as pesquisadoras protagonistas do debate. Como explicam Guimarães, Hirata e Sugita (2011), o termo *care*, assim como trabalho e gênero, possui uma natureza multidimensional e transversal e encontra semelhanças na maioria das línguas: no português, embora designe com mais frequência atitudes, é o verbo cuidar, significando ação (recentemente usado também para denominar ocupações como cuidadoras), que traduz melhor o *care*. Aproximam-se da tradução de *care* as expressões cotidianas cuidar e “tomar conta”, que designam ações diversas carregadas de sentidos e significados relacionadas a crianças, maridos e idosos, exercidas por mulheres em sua maioria. Embora as pesquisadoras feministas estejam se debruçando sobre o *care* na tentativa de conceituá-lo, não existe um consenso sobre o que seja cuidar. Podemos dizer que a compreensão principal do tema está relacionada a *ações e atitudes* que constituem a experiência das mulheres, as quais, por sua vez, são constituídas por essa experiência.

No único estado da arte que conhecemos sobre essa literatura, realizado por Hirata (2010), a autora percebe a ética e a política do cuidado como as duas principais ênfases nos atuais estudos. No que se refere à literatura com foco na ética, uma parte encontra-se traduzida para o português, e autoras com repercussão mundial como Carol Gilligan e Nell Nodings têm sido citadas em estudos brasileiros das diversas áreas. Já estudos associados ao foco político ainda são bastante incipientes, e as reflexões de Joan Tronto (1993), principal referência para esse debate, são pouco conhecidas. Prosseguiremos a discussão orientadas por esses focos, conduzindo o leitor a refazer nossos passos ao encontro das referências bibliográficas, destacando suas potencialidades, dilemas e desafios.

---

14 Sobre a etimologia da palavra cuidado, analisada por Montenegro (2001), é interessante notar que o termo com frequência está ligado a *cogitare*, embora também sejam encontradas referências na palavra *curare*, derivada de *cogitare*. Para o verbo *cogitare*, a noção encontrada é de pensar, supor, imaginar, enquanto *curare* é tratar de, pôr o cuidado em. Dos dicionários pesquisados por Montenegro (2001) referentes à língua portuguesa, destacamos o Grande Dicionário de Antônio Silva (1949) e os três grupos de significados atribuídos para o cuidado. No primeiro grupo, designando atividades da inteligência (pensado, calculado, suposto, meditado, imaginado), no segundo como emoções (desvelo, solicitude, atenção, diligência, vigilância) e no terceiro como interjeição (atenção! Cautela!). Na história da palavra cuidado, esse termo passa de forma paulatina a adquirir conotação emocional. Montenegro (2001) atribui essa conotação ao detalhamento do próprio conceito primitivo de cuidado, uma vez que a “agitação do pensamento”, provavelmente se dava por emoções. Do latim *motio*, que significa movimento, sendo *emotio*, movimento. A maioria dessas atribuições corresponde a atitudes, e, como observou a autora (id., 2001), condizem com os significados distintos que o cuidado assumiu nas disciplinas que mais se ocuparam do conceito - a filosofia e a enfermagem - relativos a cuidar de si e a cuidar do outro.

### 2.1.1 Cuidado na perspectiva ética

Como já foi dito, marco para a discussão do cuidado é a obra de Gilligan (1997) intitulada *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, cujo tema central é o desenvolvimento moral. Sobre a questão, Gilligan (1997) estava motivada a compreender por que nas pesquisas anteriores - principalmente nas pesquisas de Kohlberg, com quem ela trabalhava - as meninas constantemente estavam em estágios mais baixos do desenvolvimento que os meninos.

Gilligan (1997) e seus/as colaboradores/as realizaram pesquisas empíricas com crianças e adolescentes, propondo a discussão de dilemas éticos, como roubo e aborto. Apesar de também terem encontrado respostas das meninas que eram diferentes das respostas dos meninos, Gilligan (1997) mostrou que essas respostas não indicavam um desenvolvimento moral inferior e que o padrão de normalidade proposto por Kohlberg é que estava errado.

Gilligan (1997) percebeu que as meninas estariam desenvolvendo a moral não com base na ética da justiça, mas, sim, na ética que ela chama de ética do cuidado, que se refere a conceitos diferentes da primeira, com a atenção voltada para relações mais próximas, e não para princípios abstratos, mais direcionadas pela responsabilidade do que pelas regras. Gilligan (1997) constatou ainda que, ao guiarem-se pela voz ética do cuidado, as mulheres estariam a desenvolver a moral autodelimitada pela relação com os/as outros/as e autoavaliadas em face das atividades de interesse pelos/as outros/as, constituindo sua identidade a partir dos relacionamentos e da não violência. Já os homens, orientados pela ética da justiça, estariam a desenvolver a moral autodefinidos pela separação e autoavaliados em face do ideal abstrato de perfeição. Para a autora, com o amadurecimento da moral, da adolescência para a vida adulta, as mulheres deveriam reencontrar seus próprios desejos, fazer escolhas e separar do outro, ao contrário dos homens, que descobririam a importância da intimidade, do relacionamento, das afetividades.

Desse modo, Gilligan (1997) explica que, como o padrão de normalidade estava definido com base na voz da ética da justiça (inclinação relacionada pela autora ao fato de as pesquisas serem realizadas mormente com homens e por homens), a voz ética do cuidado foi muitas vezes considerada como inabilidade de quem a manifestava, o que era mais precisamente um problema de interpretação e discriminação de quem a analisava. Assim, embora muitos estudos se refiram a “outra voz” como sendo a voz das mulheres, ou a moralidade das mulheres, a expressão diz respeito ao tema: a

outra voz ética, sendo sua associação com gênero um dado empírico e não absoluto, como a própria autora chamou a atenção.

Ao que Gilligan (1997) elucida: uma vez que a voz ética do cuidado está voltada para circunstâncias concretas, ela é melhor compreendida por meio das narrativas, que são contextualizadas e relativizáveis, narrativas nas quais as mulheres também manifestaram uma aparente confusão de ideias. Nessa confusão de ideias residiriam suas forças e também fraquezas:

A sensibilidade para com as necessidades dos outros e o fato de assumir a responsabilidade de tomar conta de outros levam a mulher a escutar outras vozes além da sua e a incluir nos seus juízos, outros pontos de vista. A fraqueza moral da mulher, manifestada numa aparente confusão e dispersão dos seus juízos, é inseparável da força moral das mulheres que é uma forte preocupação com relacionamentos e responsabilidades. A relutância em formar juízos pode, em si própria, ser reveladora do cuidado e da preocupação com os outros, que impregnam a psicologia do desenvolvimento das mulheres e são responsáveis pelo que é geralmente considerado como problemático na sua natureza (GILLIGAN, 1997, p.33).

Consequentemente, além de analisar a ética do cuidado, o estudo de Gilligan contribui ao apontar possíveis discriminações das mulheres nos estudos predecessores da moral, o que representa uma crítica importante à ciência. No decorrer da obra, a autora traz outras contribuições com base na voz ética do cuidado para se pensar uma epistemologia feminista, questionando conceitos e interpretações atuais. Um exemplo é quando Gilligan (1997) se refere ao amadurecimento das pessoas, destacando a necessidade de rever o próprio conceito de idade adulta, que valoriza a separação do ser individual em detrimento da relação com os outros, “inclinando-se mais para uma vida autônoma de trabalho do que para interdependência de amor e carinho” (GILLIGAN, 1997, p.34).

Este diálogo entre a justiça e o cuidado para com os outros proporciona não só uma compreensão das relações entre os sexos mas também dá origem a uma representação mais completa das relações adultas no trabalho e na família (GILLIGAN, 1997, p.270).

Na obra, embora Gilligan não estivesse preocupada em compreender as origens das diferenças de pensamentos entre mulheres e homens estudados, a autora se inspira nos pressupostos da teorias diferencialistas de Nancy Chodorow, para explicá-las. Como mencionamos no item anterior, segundo Chodorow (1990), o complexo edípico e o fato de as mulheres serem amplamente responsáveis pelo cuidado com as crianças gerariam certas diferenças gerais e quase universais para a identidade masculina e feminina.

A formação da identidade feminina realiza-se num contexto de relacionamento contínuo, uma vez que “as mães tendem a ver nas raparigas a sua imagem e continuação”. Também, por seu lado, as raparigas, identificando-se como pertencentes ao gênero feminino, vêem-se como semelhantes às mães, fundindo assim as experiências fornecidas pelo enquadramento com o processo de formação da identidade. Em contrapartida, “as mães vêem os filhos – rapazes – como um opositor masculino” e os rapazes, ao identificarem-se com elementos do sexo

masculino, separam as mães de si próprios, cortando assim “o seu amor primário e o sentido da ligação empática” [...] as raparigas não se definem em termos da negação dos modelos de relação pré-ediapiana, como acontece com os rapazes. Portanto, a negação destes modelos tende a não ser sentida como ameaça básica do seu ego (CHODOROW, 1974 *apud* GILLIGAN, 1997, p.19, 20).

Essas associações, referentes à maternidade e à biologia, quando muito, têm gerado controvérsias sobre o possível essencialismo do trabalho de Gilligan (BORGEAUD-GARCIANDIA; HIRATA E MAKRIDOU, 2010). Frequentemente a obra é citada como prova da existência de uma moralidade das mulheres (TRONTO, 1993). Concordamos com Tronto (1987) que o ponto de vista de Gilligan é sutil:

Por um lado, ela quer dizer que o seu argumento não ultrapassa a reivindicação de que o domínio moral deve ser estendido para incluir a justiça e o cuidado. Por outro lado, ela também observa que o foco no cuidado é, caracteristicamente, um fenómeno feminino das populações que nos estudos foram desfavorecidas (TRONTO, 1987, p. 644, tradução nossa).

Sustentadas pelas críticas de Scott (1990) e Carvalho (1999), reconhecemos na teoria de Gilligan a concepção simplista de gênero<sup>15</sup> como sendo sinónimo da relação entre homens e mulheres/público e privado. Nela, as mulheres e o privado são identificados de forma restrita com a vida doméstica e familiar e com o trabalho gratuito, todos esses elementos, por sua vez, associados a valores tidos exclusivamente como positivos. No oposto, estão o público e os homens, também limitados à vida pública e ao trabalho assalariado e relacionados aos valores negativos. Esses pressupostos, embora nos ajudem a compreender muitos elementos de gênero, desconsideram outros sistemas sociais, econômicos, políticos, enfim, outras esferas de poder, mascarando da observação ainda os possíveis elementos opostos a essas associações como o trabalho assalariado no âmbito doméstico, por exemplo, que é o caso das empregadas domésticas.

Como podemos explicar, no interior dessa teoria a persistente associação entre masculinidade e poder, o fato que se valoriza mais a virilidade que a feminilidade? Como podemos explicar o fato de que as crianças aprendem essas associações e avaliações mesmo quando elas vivem fora dos lares nucleares ou dentro de lares onde o marido e a mulher dividem as tarefas parentais? Eu acho que não podemos fazer isso sem dar uma certa atenção aos sistemas de significação, isto é, às maneiras como as sociedades representam o gênero, utilizam-no para articular regras de relações sociais ou para construir o sentido da experiência (SCOTT, 1990, p.81 e 82).

Nesse sentido compreendemos que, como uma organização social das diferenças sexuais, gênero

não significa diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses

---

15 Scott (1990) e Carvalho (1999) ao realizarem a crítica mencionada, referem-se à todo o feminismo diferencialista e não especificamente à ética do cuidado.

significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo [e também as condições objetivas de existência], já que nada no corpo, incluídos aí os órgãos reprodutivos femininos, determina univocamente como a divisão social será definida. Não podemos ver a diferença sexual a não ser como função de nosso saber sobre o corpo e este saber não é 'puro', não pode ser isolado de suas relações numa ampla gama de contextos discursivos. A diferença sexual não é, portanto, a causa original da qual a organização social possa ser derivada em última instância - mas sim uma organização social variada que deve ser, ela própria, explicada (SCOTT, 1994, p.13).

Sabemos porém que o corpo e, sobretudo, o órgão reprodutivo da mulher tem sido utilizado nas sociedades ocidentais como símbolo para se estabelecerem regras para o gênero, ou seja, com base numa concepção naturalizante dos sexos têm sido normatizadas principalmente a sexualidade, a função reprodutiva e a divisão sexual do trabalho. Igualmente, as subjetividades são permeadas pelos significados de feminilidade e masculinidade<sup>16</sup> que funcionam como um ideal, constituindo sentidos para as experiências, tanto das mulheres quanto dos homens. Desse modo, ao se aproximar do ideal de feminilidade reconhecido pelo senso comum, a teoria de Gilligan nos ajuda a compreender uma série de modos de ser e pensar que constituem a experiência das mulheres, porém sem que sejam incluídas a dinâmica dos processos, a diversidade e as ressignificações, apropriações e transformações individuais ou coletivas dos modelos predominantes.

---

16 A masculinidade e feminilidade são quase sempre tidas como decorrentes dos corpos de homens e mulheres: da presença ou ausência de força física, dos hormônios ou processos associados à gestação, ao parto, à amamentação.

## 2.1.2 Cuidado na perspectiva política

Até aqui, percebemos como o cuidado foi tomado como objeto legítimo pelas agentes do campo político feminista, a princípio pensado numa perspectiva diferencialista. Apresentamos a conhecida teoria da voz ética do cuidado de Carol Gilligan, entendendo que ela nos ajuda a compreender as experiências das mulheres, principalmente no que diz respeito aos sentimentos, valores e atitudes relacionados a um ideal de feminilidade que é construído socialmente.

No decorrer da nossa busca teórica, deparamos com a crítica da ética do cuidado realizada por Joan Tronto, autora que tem se dedicado a pensar o cuidado na perspectiva das ciências políticas. Tronto é a principal referência para o debate de cuidado hoje na França (HIRATA, 2010), e, no que se refere ao Brasil, embora tenha um artigo no livro traduzido como *Gênero, Corpo e Conhecimento* e outro na *Revista Sociedade e Estado*, suas ideias são muito pouco conhecidas, principalmente se comparadas às de Gilligan. Concordamos com Borgeaud-Garciandia, Hirata e Makridou (2010), que acreditam que Joan Tronto contribuiu para a discussão do cuidado principalmente ao ampliar a análise para além de uma suposta moralidade das mulheres e também para além das subjetividades, introduzindo a dimensão da ação.

Tronto (1987) reconhece que a interpretação de Gilligan é muito poderosa, visto que ela percebe uma parte da vida das mulheres que não estava sendo levada a sério: o desenvolvimento moral destas, relacionado a suas experiências de cuidado. No entanto, retoma diversas pesquisas realizadas nos Estados Unidos e nota que essa parte da vida que não estava sendo levada a sério não dizia respeito somente às mulheres, mas, sim, aos/as oprimidos/as da sociedade - seja pelo sexo, seja por raça e/ou pela classe -, uma vez que são esses os fatores em conjunto que distinguem nas sociedades ocidentais as pessoas que cuidam (TRONTO, 1987).

Coles (1977, *apud* TRONTO, 1987), por exemplo, encontrou junto das crianças mexicanas, esquimós e indígenas de ambos os sexos preocupações morais voltadas para o cuidado com os/as outros/as e com o planeta, e, como Gilligan, criticou os/as demais pesquisadores/as anglo-saxões/ônicas por terem percebido essas preocupações como inferiores. De forma semelhante, os estudos de Gwaltney (1980, *apud* TRONTO, 1987) revelaram que grupos culturais negros se expressavam moralmente, com ênfase no respeito com os/as outros/as e no compromisso com a honestidade e a generosidade, motivados pela ideia de que você pode vir a precisar da ajuda do outro.

Desse modo, Tronto (1987) afirma que a voz ética do cuidado está associada à condição social das pessoas, questionando as explicações “psicologizantes” que estavam sendo vinculadas à

teoria de Gilligan e o mau uso dela, como se ela se referisse a uma moralidade das mulheres, ainda que, para Tronto (1987), o aspecto psicológico exerça uma influência secundária. Segundo Tronto (1987), os trabalhos de Gilligan, como a maior parte das teorizações feministas, seriam limitados por referenciarem-se nas experiências e nas ideias das mulheres brancas, de classe média/alta e heterossexuais, estando também passíveis de tendências, ou seja, estando passíveis do mesmo tipo de crítica levantada contra Kohlberg por Gilligan.

Pensada no que concerne ao social, e não apenas ao psicológico, a ética do cuidado tem outras implicações (TRONTO, 1987): a primeira possível interpretação é que, se a teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento moral com base na justiça está totalmente correta, as mulheres e demais grupos subalternizados teriam um desenvolvimento moral inferior, que, lamentavelmente, é reflexo de uma ordem social desigual. A segunda interpretação rejeita a passividade dos/as agentes, afirmando que eles/as se apegariam com orgulho aos seus pontos de vista morais, ainda que sejam considerados menores pela sociedade, de modo a afirmar as suas particularidades. E uma terceira possibilidade, considerada adequada por Tronto (1987), rejeita a hipótese da ética da justiça como sendo superior à ética do cuidado, entendendo, porém, que as mulheres e os demais grupos subalternizados ocupam posições muito diferentes na ordem social, as quais justificam e são justificadas pela posição desigual no papel de cuidadoras/es em nossa sociedade. Em termos éticos, no entanto, esses grupos são favorecidos por suas experiências diárias, e, na situação contrária, para os homens e algumas mulheres privilegiados/as, a escassez das experiências de cuidados os desfavorece moralmente (TRONTO, 1987).

Como dissemos, Tronto (1993) não só pensou na voz ética do cuidado diferenciando-a de moralidade das mulheres, como também apreendeu o cuidado como uma prática. Para a autora, o cuidado é ao mesmo tempo subjetividades e ação, interrelacionadas e direcionadas para um mesmo fim. Esse conjunto configura atividades, que, por sua vez, possuem aspectos universais e particulares, conflituosos, demandam recursos, e suas análises são capazes de fornecer padrões com os quais poderíamos julgar o quão bem integrado seria o cuidado numa realidade específica (TRONTO, 1993).

Nessa perspectiva, o cuidado é visto como uma atividade universal na medida em que é próprio da condição humana: embora algumas pessoas sejam mais vulneráveis<sup>17</sup> e dependentes do que outras, todos nós somos vulneráveis e precisamos de cuidados para manter, continuar e reparar nossas vidas, explica Tronto (1993). Esse olhar culmina em duas situações (TRONTO, 1993): por um lado, requer que sejam pensadas as relações de cuidado para além da dicotomia “cuidadores/as *versus*

---

17 Vulnerabilidades, de acordo com a perspectiva de Tronto (1993) e Sarti (2005), significam susceptibilidades diante de circunstâncias específicas, mais precisamente susceptibilidades relacionadas às relações sociais de classe e de sexo. Essas vulnerabilidades, analisadas sob o ponto de vista macrosocial, nem sempre correspondem às percepções dessas mulheres sobre suas vidas.

os/as que recebem cuidados”, o que demanda a difícil<sup>18</sup> compreensão de que ninguém é totalmente autônomo. Por outro lado, ele traz à tona uma injustiça: apesar de todos/as precisarmos de cuidados, na sociedades ocidentais sabemos que nem sempre todos/as cuidam, tendo sido essas atividades historicamente designadas aos/às subalternizados/as: as mulheres e os demais escravos e pobres (TRONTO, 1993).

Constituído na modernidade como um serviço – em sua maior parte voltado para as crianças, os/as enfermos/as e os/as idosos/as – o cuidado absorveu, de forma precarizada, uma parte expressiva da mão de obra das camadas subalternizadas no mercado de trabalho. No Brasil, como em outros países, esse movimento contribui hoje para que o modelo tradicional da família (homem provedor, mulher trabalhadora doméstica e mãe) esteja sendo substituído por um modelo no qual mulheres e homens se inserem no mercado de trabalho, o que não altera os cuidados com a família, que permanecem em grande medida realizados apenas pelas mulheres (SORJ, FONTES e MACHADO, 2007).

Apresentado como parte da condição humana, o cuidado tem suas particularidades por se referir a atividades que buscam alcançar formas de “viver da melhor maneira possível”, sendo esse “melhor” caracterizado por Tronto (1993) como referente às necessidades, amplamente definidas pela cultura, podendo se constituir sob a forma de direitos. Isso não significa que, ao se caracterizarem como necessidades de cuidado, todas as atividades culturais devam ser aceitas do ponto de vista ético. Nesse aspecto, o cuidado oferece um foco sob o qual as disputas podem ser construídas, pondera Tronto (1993).

---

18 Difícil para Tronto (1993), a medida que essa forma de pensamento questiona as soluções para os problemas com base na responsabilidade pessoal e o *modelo self made man*.

### 1.3. Elos entre a educação e a enfermagem

Concomitantemente ao campo de estudos feministas, buscávamos compreender o estatuto do cuidado nos campos da educação e da saúde, no que se refere ao contexto brasileiro.

Pode-se dizer que o termo cuidado emerge, nos estudos da educação no Brasil, vinculado aos trabalhos sobre a identidade docente. A princípio esses utilizavam principalmente categorias gestadas do trabalho fabril, tendo como foco o tipo de trabalhador homem, proletário e contestador. Nos anos 1980, em decorrência do contexto histórico do campo político feminista, não só o campo da educação, como a ciência em geral, passam a considerar a questão das mulheres. Os estudos sobre as professoras mantinham as categorias fabris e, assim, encontravam principalmente os problemas de não profissionalização, ilustrados por suas autopercepções como “tias” ou segundas mães dos alunos. A introdução da categoria gênero decorrente da divulgação de trabalhos internacionais fez com que os estudos sobre a mulher, apoiados em categorias sexualmente cegas, passassem a ser contestados (CARVALHO, 1999).

Nos anos 1990, o grupo *Docência, Memória e Gênero*, de São Paulo, destacou-se por abordar questões do trabalho docente, da memória individual e coletiva e das relações sociais do gênero, colaborando com uma nova categoria: o *caring* na perspectiva de Nel Noddings, traduzido como desvelo, colocando em foco as ideias de fidelidade, reciprocidade e elo moral (CATANI et al., 1997).

O cuidado se consolida, no campo da educação, com a educação infantil. Nessa área, as indagações acerca de gênero e identidade docente eram mais pungentes, uma vez que eram precárias as condições das professoras das creches ou das escolinhas – condições associadas ao papel materno e ao trabalho doméstico. Nesse contexto, Lenira Haddad e Fulvia Rosemberg passam a trabalhar com o conceito de maternagem, reconhecendo a necessidade de se pensarem as aptidões e afetos constituídos sob o paradigma do trabalho doméstico. Sob o mesmo paradigma, com aporte de algumas ideias da sociologia francesa, principalmente as de qualificação tácita e operatória, os estudos de Carvalho (1999) contribuíram para distinguir os valores, recursos e habilidades necessárias para o desempenho das tarefas da sala de aula, associadas à maternagem e ao trabalho doméstico.

O cenário da educação vai se transformando, as abordagens dos estudos da mulher são ampliadas, para incluir efetivamente as relações homem-mulher e o modo de organização dessas relações, e também ganham espaço as abordagens sociohistóricas da infância. Para Carvalho (1999), esses fatores contribuíram para que os conceitos de maternagem e qualificação se mostrassem restritos, já que dessa vez eles estavam demasiadamente centrados na figura da mulher frente aos homens e ao capital e não mais centrados nos homens.

No campo da educação infantil, o conceito de cuidado parece responder de modo satisfatório às demandas dos estudos sobre a identidade docente, por referir-se à relação social que se estabelece entre professora e criança, no caso da educação infantil, e também por possibilitar que fossem pensadas de forma imbricada as demais relações sociais (como de gênero, na imagem professora – mãe, de classe e raça). Por outro lado, esse era um momento forte da luta pelo reconhecimento das creches como um espaço educativo no qual as funções de cuidado passaram a ser negadas como oposição às funções educativas. Como as construções simbólicas do objeto na ciência eram, como ainda são novas e, portanto, ainda bastante diversificadas, o cuidado entendido na lógica da divisão sexual do trabalho e também higienista era desvalorizado e acusado de atrapalhar as demais atividades da educação (MARANHÃO, 1998).

Enquanto a educação formal é considerada função especializada do Estado, o cuidado, em nossa sociedade, é considerado como próprio da esfera familiar (das mulheres principalmente), só sendo institucionalizado quando a família está impossibilitada de cumprir o seu papel, seja por estar trabalhando, seja por demandar ações especializadas, como no caso da criança doente e hospitalizada, seja por condições sócio-econômicas ou morais e jurídicas, quando o Estado assume a tutela da criança. Neste sentido, o cuidado com o corpo da criança, continuaria sendo interpretado como uma função primeira da família, enquanto a educação é compreendida como atributo principal das instituições educativas. Compreende-se assim as freqüentes discussões, que observamos nas creches, sobre a quem compete certos cuidados minuciosos, como o banho, o corte de unha, o tratamento da pediculose adquirida muitas vezes no próprio convívio no coletivo infantil (MARANHÃO, 1998, p.13)

Hoje, pode-se dizer que há um consenso no campo da educação infantil sobre a necessidade de integrar o cuidar e o educar, por parte dos movimentos sociais e pesquisadores/as, consolidado nas novas diretrizes da educação infantil. Mas, como notou Maranhão (1998), o cuidado permanece negligenciado tanto no campo do conhecimento, quanto na prática pedagógica e na formação, o que, para a autora, parece estar fundado na ideia de que a creche sempre privilegiou o cuidado e agora deve privilegiar o pedagógico.

No campo da enfermagem, a discussão do cuidado e gênero tem muitas semelhanças com a educação, e, ainda que nos estudos e também no cotidiano profissional a enfermagem seja mencionada como uma profissão de cuidados ou uma profissão cujo cerne é o cuidado, há muitas controvérsias acerca dessa afirmação, e pouco tem sido estudado sobre a natureza do cuidar (MONTENEGRO, 2001; WALDOW, 2010). O que observamos é a prevalência de estudos sobre o cuidado do ponto de vista técnico como: cuidado para gestantes, para pacientes críticos (graves), pediatria, dentre outros, nos quais são descritos e avaliados os procedimentos de forma a sistematizar as normas para as ações. Nesses estudos, o cuidado, apesar da importância, também não está bem definido.

Também nesse campo, o cuidado começa a ser pensado como parte das reflexões sobre identidade profissional no início da década de 80, com forte influência da sociologia francesa<sup>19</sup> (Danielle Kergoat, Helena Hirata, Pierre Bourdieu e também da brasileira Elisabeth Souza Lobo). Estamos falando principalmente das reflexões de Marta Julia Marques Lopes, Dagmar Estermann Meyer, Vera Lúcia Regina Waldow, cujas pesquisas apontaram os vários dilemas da associação do cuidado - como ação das enfermeiras - em oposição à cura - ato médico -, que, em sua maioria, são realizados por homens. Nesse caso, com base no paradigma do trabalho doméstico, o cuidado não era tido como um “substituto” para categorias como qualificação tácita e operatória, mas, ao contrário, essas categorias contribuíam para compreender habilidades, valores, sentimentos do cuidado, sem que o conceito em si fosse aprofundado, tomando uma conotação semelhante à de trabalho na enfermagem.

Nesse momento, as pesquisas na enfermagem tornaram visível a desvalorização das práticas de cuidado exercidas majoritariamente pelas mulheres, denunciando essa relação como parte da divisão sexual do trabalho da saúde, que privilegiava o modelo biomédico, cuja centralidade está nas tecnologias, na racionalidade e no tratamento/cura, relacionados a funções masculinas. Observou-se também que a própria enfermagem, numa tentativa de valorizar-se, cedia lugar a procedimentos auxiliares de tratamento/cura como por exemplo atendimento de parada cardiorrespiratória, consulta de enfermagem, exames diagnósticos, passando a considerá-los mais complexos e importantes.

Como dissemos, ainda que o cuidado fosse apresentado como parte das análises, o conceito em si é relativamente novo em termos de significância na enfermagem brasileira (WALDOW, 2010), ainda menos que na educação, favorecida pela aproximação da discussão da maternagem. Uma exceção é a autora Vera Regina Waldow, cujos consistentes trabalhos sobre o cuidado, iniciados em 1990, culminaram recentemente no livro: *Cuidar: expressão Humanizadora da enfermagem*, publicado em 2010.

Mais recentemente, apesar de reconhecer o crescente interesse pelo cuidado na enfermagem, identificam-se interpretações vagas, difusas e ambíguas e, inclusive, falta de estudos e pesquisas, estas últimas de forma a relevarem a perspectiva dos pacientes (seres cuidados), maneiras de cuidar e percepção de cuidado por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem (seres que cuidam) que contemplam metodologias variadas privilegiando o meio ambiente e aspectos políticos do cuidado (WALDOW, 2010, p.19)

O livro de Waldow (2010) traz uma revisão detalhada da discussão do cuidado na enfermagem, sobretudo dos países anglo-saxões, onde a discussão se concentra. Nessa revisão, Waldow (2010) destaca que, na enfermagem, duas teorias do cuidado têm repercutido mundialmente, sendo elas: a

---

19 Os estudos de gênero no Brasil se desenvolveram com forte influência da tradição marxista, daí o encontro com os estudos feministas franceses.

Teoria Transcultural de Enfermagem, de Madalene Leininger, e a Teoria Transpessoal, de Jean Watson.

Na teoria de Leininger (1991), o cuidado é uma essência do ser humano. A autora estudou numa perspectiva antropológica 54 culturas do ocidente e oriente nas quais identificou 175 constructos do cuidado, que ela distingue entre o cuidado genérico e profissional. Para Leininger (1991), o cuidado genérico seriam as formas com que se percebem e experienciam o cuidado e o não cuidado nas formas mais caseiras, familiares; já o cuidado profissional seriam as formas como as pessoas são expostas aos sistemas de saúde e atendidas por profissionais. Na fronteira entre essas modalidades, Leininger descreve três chaves para compreender os julgamentos, decisões e ações de enfermagem: 1) a preservação e manutenção do cuidado cultural; 2) acomodação e/ou negociação do cuidado cultural; 3) repadronização e reestruturação do cuidado cultural.

Para Watson (1988) o cuidado é um imperativo ideal e moral, pensando a enfermagem como a ciência e filosofia do cuidado. Seus pressupostos são: cuidar pode ser demonstrado e praticado efetivamente somente numa relação interpessoal; o cuidado consiste na satisfação de certas necessidades humanas; cuidar inclui aceitar a pessoa como ela virá a ser. Watson descreve fatores que constroem a ciência do cuidar e as consequentes intervenções de cuidado: formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos; instilação de fé e esperança; cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros; desenvolvimento de um relacionamento de autoajuda e confiança; promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos; utilização de um processo de cuidar criativo de resolução de problemas; promoção de ensino e aprendizagem transpessoal; desenvolvimento de um ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda mental, física, social e espiritual; assistência de necessidades humanas; admissão de forças existenciais, fenomenológicas e espirituais.

Além de se debruçar sobre essas duas teorias, na sua obra Waldow (2010) também descreve uma teoria própria. Para Waldow (2010), cuidar, na enfermagem, compreende:

os comportamentos e atitudes, demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é o fenômeno resultante do processo de cuidar, o qual representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o encontro ou situação de cuidar entre cuidadora e cuidado (WALDOW, 2010, p.87).

Para ela, as competências necessárias ao cuidado em enfermagem se traduzem por conhecimentos, habilidades e destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisão. Já os comportamentos e atitudes se destacam: respeito, gentileza, amabilidade, consideração, compaixão, disponibilidade, responsabilidade, interesse, segurança e oferecimento de apoio, confiança, conforto e solidariedade.

As teorias fazem parte das chamadas “Teorias de Enfermagem” e não são próprias da discussão do cuidado. Abundantes no Brasil a partir da década de 70, elas refletem a necessidade de se produzirem instrumentos de trabalho e conferir dimensão científica e intelectual à profissão. Entre as teorias de enfermagem produzidas (aproximadamente 15 teorias, entre as mais utilizadas) hoje, no Brasil, configuram-se como as mais estudadas a Teoria de Enfermagem Humanística, de Paterson e Zderad, a Teoria do Transcultural de Enfermagem, de Leininger, e a Teoria do Autocuidado, de Orem (SCHAURICH & CROSSETTI, 2010).

Ainda que tenham grande legitimidade no campo de estudos da enfermagem, as teorias de Leininger e Watson no cotidiano de trabalho são quase sempre consideradas como impraticáveis e obsoletas (WALDOW, 2010). Concordamos com Meyer et.al. (1995) que essas teorias, de modo geral, voltaram-se para o cuidado numa esfera de análise ainda restrita, com limites bastante irregulares e sobrepostos a outros saberes, sendo pouco questionados a sociedade, o trabalho e as relações de poder.

Ainda nesse conjunto, destacamos o chamado Processo de Enfermagem (teorizado por Wanda A. Horta, 1968; 2005), também conhecido por Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é constituído pelos seguintes passos: coleta de dados (histórico e exame físico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados (HORTA, 1968; 2005). A SAE passou a não se apresentar apenas como um meio científico para solução de problemas, mas como a forma de colocar toda a teorização da enfermagem em prática, variando de acordo com a teoria escolhida, tornando-se um padrão “universal” para pensar a prática de enfermagem no Brasil.

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) declarou a SAE “como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em **todas** as áreas de assistência à saúde” [grifo nosso] (BRASIL, 2002). Ficou estabelecido pela Resolução 272/2002 do COFEn e mais tarde pela Resolução do COFEN nº 358/2009 que a SAE deve ser utilizada em todas as instituições públicas e privadas de saúde do Brasil (BRASIL, 2002, 2009) e que esta é uma atividade privativa da enfermagem de nível superior, devendo ser realizada para cada paciente a cada 24 horas (BRASIL, 2002).

Na prática, o que acontece é que todos os dias os passos descritos por Horta (1968; 2005) (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados) devem ser feitos pela enfermeira de nível superior com cada paciente, o que implicou, em grande parte dos serviços, na criação de instrumentos - questionários fechados - mais ágeis, uma vez que essas profissionais também têm uma sobrecarga de trabalho de ordem administrativa. No cotidiano, também tem cabido às técnicas – que são as principais responsáveis pelo contato mais próximo do corpo, mais direto

com o paciente – preencher as partes dos dados físicos do paciente “para” as enfermeiras de nível superior.

Embora poucos estudos explorem a participação das enfermeiras técnicas na SAE, Longaray *et al.* (2008) observaram que essas agentes têm resumido suas ações ao preenchimento dos dados básicos da SAE e execução da prescrição realizada pelas enfermeiras, tendo limitada a criatividade e a autonomia. Também segundo essa pesquisa (2008), as técnicas e auxiliares consideram que a sistematização da assistência amplia a visão, organiza o cuidado, aproxima a equipe de enfermagem e favorece a continuidade dos cuidados. Apontando falhas na comunicação no interior da equipe de enfermagem e a necessidade de reavaliação da prescrição dos cuidados de enfermagem, por serem repetitivas no que diz respeito a cuidados básicos e pela forma imposta e sem comunicação com que esta muitas vezes se dá (LONGARAY *et al.*, 2008).

Assim, se do ponto de vista teórico o cuidado tem sido percebido pelas profissionais da enfermagem como distante da prática, nota-se que, também na enfermagem, há uma construção de significados sobre o cuidado como restrita à ações, de forma pejorativa, semelhante ao que acontece com relação às instituições de educação infantil. No campo da enfermagem, essa relação com o cuidado imprime marcas distintas entre enfermeiras graduadas e enfermeiras técnicas/auxiliares, embora ambas estejam no cotidiano voltadas para as ações técnicas de enfermagem. As atividades mais práticas e mais próximas do corpo, estão a cargo das enfermeiras técnicas, que, em sua maioria, são mulheres das classes populares, desvalorizadas em relação às enfermeiras graduadas, de modo análogo às profissionais da educação infantil em relação às profissionais dos níveis subsequentes da educação escolar. As enfermeiras graduadas, por sua vez, têm assumido a assistência de forma cada vez mais distante do corpo, voltadas para o diagnóstico e cura (auxílio a procedimentos complexos, exames), ressignificando a própria prática da enfermagem, que se valoriza dentro de um modelo prescritivo e biomédico da saúde.

## 2. A trajetória da pesquisa: construção do objeto

Ao iniciar a pesquisa no Programa de Pós-graduação em Educação, Conhecimento e Inclusão Social, na linha de pesquisa intitulada Educação, Cultura, Movimentos Sociais e Ações Coletivas, buscava-se compreender inquietações e problemas relacionados aos movimentos feministas, à saúde e às questões de gênero. Os processos de orientação, as leituras, o campo de pesquisa - de forma não linear - foram delimitando os contornos desta pesquisa e também os limites do conhecimento, proposto numa pesquisa de mestrado. Nesse sentido, elegemos o objeto do cuidado, que aglutinava questões importantes da minha trajetória e da minha orientadora e parecia edificante para a pesquisa (embora, ao elegê-lo, ainda não me desse conta da sua dimensão).

O que mais me incomodava especificamente sobre o cuidado era uma parte da literatura feminista que o percebia sempre - seja nas famílias, seja no âmbito profissional - como cerne da exploração da mulher, e a distância que havia entre essa literatura que fundamentava discursos políticos feministas e outras narrativas de mulheres, que, ao se referirem ao trabalho profissional de cuidados, principalmente, enalteciam suas experiências. Ambas me pareciam em alguma medida pertinentes.

Essa questão, não por coincidência, se aproximava do dilema rejeição-aceitação do cuidado na educação infantil e nos levou em busca da literatura brasileira do cuidado e gênero. Na educação infantil, encontramos Carvalho (1999), Rosemberg (1999, 2003, 2009), Monthenegro (2001,2005), Haddad (2002). Já na enfermagem, encontramos pistas em LOPES (1996,2005), Leal (1996,2005), Meyer (1995), Waldow (1998, 2010), Sarti (1988, 2001, 2005, 2007, 2010, 2011), Maranhão (1998, 2007) e também a principal contribuição da literatura feminista, Hirata (2007, 2009, 2010), e outras autoras que publicavam na Sempre Viva Organização Feminista.

De modo específico, as leituras dos trabalhos de Carvalho (1999) e Hirata (2010) e também uma rica conversa com esta última<sup>20</sup>, possibilitaram-nos aprofundar na literatura do cuidado e perceber que, nos estudos feministas contemporâneos - sobretudo nos países anglo-saxões e, mais recentemente, no Brasil, França e México -, uma rica literatura sobre o objeto tem sido elaborada de forma interdisciplinar. Nesse contexto específico, Gilligan (1997), Molinnier (2004, 2008), Hirata (2010) e Tronto (1987, 1993, 2002, 2010) foram as principais referências para que pensássemos o cuidado como ponto central na categoria gênero e construíssemos os pressupostos teóricos que guiaram as escolhas desta pesquisa.

Vimos que uma parte da literatura feminista percebia o cuidado somente como exploração e dominação da mulher, pensando-o como uma atividade e como um trabalho precarizado. Outra parte,

---

<sup>20</sup> Encontro realizado em 31 de agosto de 2011, em Belo Horizonte.

porém, enaltecia o cuidado, introduzindo sua dimensão ética. Pude então perceber que a questão do enaltecimento tinha a ver com a percepção do cuidado ora como atividade, ora como assunto relativo à moral e aos sentimentos. Assim, na construção da problemática, fazia-se necessário distinguir o que seria o cuidado na vida dessas mulheres, uma vez que não bastaria dizer a palavra “cuidado” para que elas falassem sobre cuidado.

Assim como na vida cotidiana, talvez por causa mesmo dessa vida, também nas discussões teóricas o conceito de cuidado estava em questão, e no campo feminista é bastante recente a tentativa de quebrar as dicotomias estabelecidas diante do tema: cognitivo e emocional; atividade racional e subjetividade; submissão e libertação. Nesse sentido, percebíamos que os cuidados no âmbito do Estado e da família se diversificavam a depender do campo considerado, onde também as agentes cuidadoras eram plurais, sendo todas essas fronteiras ora contínuas ora descontínuas, mas, sobretudo, tênues, no viver de um mesmo indivíduo.

Um dado das relações de cuidado é que tanto nas famílias quanto nos serviços prestados pelo Estado e pelas empresas este tem sido designado sobretudo às mulheres das classes populares e negras, sendo a questão racial imbricada à questão social, basilar no Brasil. Aqui, o setor de atividade econômica que mais ocupava as mulheres em 2009 (DIEESE, 2011) era o “trabalho doméstico”, que respondia por 17% do número de mulheres empregadas, seguido do “comércio e reparação”, com 16,8% ,e da “educação, saúde e serviços sociais”, com 16,7%. Essas características universais, somadas às particularidades, constituem o cuidado como uma relação de conflitos: nem todos na sociedade cuidam, mas todos necessitam de cuidados; as pessoas que cuidam têm suas próprias ideias sobre a necessidades dos que recebem cuidado; embora as atividades de cuidado sejam precárias e desvalorizadas, podem gerar subjetividades tidas como positivas; ao mesmo tempo em que se entende que o cuidado deve ser democratizado, as agentes do cuidado parecem se esforçar para protegê-lo como uma ação das mulheres.

Nesse contexto, algumas autoras buscaram compreender o cuidado constituído de conflitos e contradições, considerando nas suas análises outras esferas de poder. Como alertou Mollinier (2004), a maioria das teóricas da ética do cuidado criticou na razão individualista a ideia neoclássica de que haveria mercados perfeitos, percebendo o aspecto egoísta e amoral do *homo economicus*. Mas elas também arriscaram uma representação do cuidado sem contradições, como se existisse um trabalho de cuidado perfeito, realizado por mulheres perfeitas e em situações ideais de felicidade. A própria Mollinier (2004), por meio da abordagem psicodinâmica do trabalho, tem buscado explicar e compreender a dimensão do ódio no trabalho de cuidado, descrevendo violências cotidianas no trabalho das creches e dos hospitais – o que a autora chama de “caixa preta” do cuidado. Ao observar as trabalhadoras, ela nota que, em meio a sentimentos conflituosos, existe uma forte construção

simbólica que torna ficção a realidade entre elas, mostrando-a como um trabalho sempre bonito e bom. Nesse caso, a “ideologia da ternura feminina (uma mulher que não gosta de crianças não é uma mulher)” (MOLLINIER, 2004, p.236) contribui para reforçá-la. Mollinier chama essa identidade defensiva de sexo de “mulheridade”.

Esta noção designa o conjunto das condutas pelas quais uma mulher se esforça para evitar as represálias das quais tem medo de ser vítima, se ela não se conformar ao que é esperado das mulheres. As condutas e atitudes esperadas por parte das mulheres são editadas, geralmente, e de maneira decisiva, pelo mundo dos homens, em função de seus próprios interesses, mas a conformização do sujeito-mulher às posturas da mulheridade opera-se também pela mediação do coletivo de trabalho feminino. A 'mulheridade' permite analisar, em termos de defesas contra o sofrimento no trabalho, um conjunto aparentemente disparatado de condutas femininas que conduzem a um tipo de alienação (MOLLINIER, 2004, p.236)

Será a enfermagem técnica uma profissão de mulheres que se defendem e protegem? Por que se protegem? Para evitar represálias ou para perpetuar o trabalho, ou as duas coisas? Essas mulheres também defendem a posse do cuidado em outras esferas, como a doméstica? Ao olhar para as condições precárias de existência da vida de mulheres das classes populares, sem reconhecimento social, com poucas chances, que subjetividades são construídas em torno do cuidado? Quais são as escolhas dessas mulheres? Essas e outras questões nos levam ao **intuito deste trabalho, que é o de desvendar as relações sociais de cuidado, para além da expressão dessas mulheres, à luz da crítica feminista.**

Para tal, nos propomos a pensar o cuidado de forma ampla e descritiva, como sugere Hirata (2010), em termos de relação social de cuidado, que inclui tanto os aspectos do pensamento quanto a atividade:

Se quiséssemos definir de maneira muito rigorosa o que é o *care*, seria: é o tipo de relação social que se dá tendo como objeto outra pessoa. Descascar batatas é *care*, mas de uma forma muito indireta: é *care* porque preserva a saúde, o outro ser. Fazer com que outro ser continue com saúde implica cozinhar, alimentá-lo, pois precisa desse cuidado material, físico. Então, pode-se dizer que tudo faz parte do *care*, mas aí não teríamos mais uma definição rigorosa de *care*. Deixar a casa limpa e agradável, deixar a cama cheirosa e agradável, passar o lençol, isso tudo pode fazer parte do trabalho de *care* da empregada doméstica ou da diarista, que deixa essas tarefas prontas. [...] Em números de 2009 (PNAD), seriam, no Brasil, 7 milhões e 223 mil pessoas em emprego doméstico, das quais 504 mil são homens e 6 milhões e 719 mil são mulheres. Será que podemos dizer que todas essas mulheres que fazem o trabalho doméstico remunerado são trabalhadoras de *care*? [...] Então, é importante estudar o que é o trabalho doméstico remunerado e o que é a relação social de cuidado, quando ele se profissionaliza (HIRATA, 2010, p.48).

## 2.1 Relação social de cuidado: marca de gênero e também de classe e raça

A expressão relação social, como definida por Weber (2008), é usada para designar a situação em que duas ou mais pessoas estão empenhadas numa conduta:

onde cada qual leva em conta o comportamento da outra de maneira significativa, estando, portanto, orientada nesses termos. A relação social consiste, assim, inteiramente na probabilidade de que os indivíduos comportar-se-ão de uma maneira significativamente determinável. É completamente irrelevante o porquê de tal probabilidade, mas onde ela existe pode-se encontrar uma relação social (WEBER, 2008, p.45).

Kergoat (2010) explica a relação social como uma relação **antagônica** entre dois grupos sociais, instaurada em torno de uma disputa [*enjeu*]. No caso deste estudo, entendemos que essa relação se dá entre o grupo dos que cuidam: atividade que deveria ser desempenhada por todos/as, mas que é comumente desempenhada por mulheres pobres - e o dos que recebem cuidados: que podem ser ora pessoas pobres, como no SUS e nas famílias pobres, ora pessoas que contratam esse serviço. A categoria gênero adquire centralidade na construção dessa relação, na medida em que o cuidado é tratado de forma naturalizada como modos de sentir e agir das mulheres, sendo, sobretudo, a relação social de sexo o que define o lugar das relações de cuidado e a probabilidade de os indivíduos comportarem-se de uma maneira significativamente determinável.

É necessário ponderar que a centralidade estabelecida da categoria gênero só é possível ao nível da análise sociológica, uma vez que as relações sociais de gênero, classe e etnia são **consubstanciais**<sup>21</sup> e **coextensivas**, ou seja, elas são entrecruzadas de forma dinâmica, ajustam-se e constroem-se e, ainda que tenham contradições entre si, estruturam a totalidade do campo social (KERGOAT, 2010)

Nesse sentido, Kergoat (2010) destaca que o cuidado é um instrumento precioso para observar a dinâmica das relações sociais. Como diz a autora, atualmente nessas atividades é possível notar, por exemplo, uma “radicalização e extensão qualitativa e quantitativa das relações de classe” (KERGOAT, 2010, p.102): tem-se, pela primeira vez na história do capitalismo, uma classe de mulheres cujo

21 É certo que, colocadas desta maneira, em termos de “ou isso/ou aquilo”, elas parecem levar a um impasse. Colocar o problema nos termos da consubstancialidade das relações sociais permite outra abordagem: de acordo com uma configuração dada de relações sociais, o gênero (ou a classe, a raça) será — ou não será — unificador. Mas ele não é em si fonte de antagonismo ou solidariedade. Nenhuma relação social é primordial ou tem prioridade sobre outra. Ou seja, não há contradições principais e contradições secundárias. Quando as mulheres da rede hoteleira Accor enfrentam conflitos, o fazem como mulheres, trabalhadoras, mulheres negras; não fazem reivindicações separadas. Lutando dessa maneira, elas combatem a superexploração de todas, e sua luta, assim, tem alcance universal. Essa abordagem exige o esclarecimento de alguns princípios, se não quisermos confundir práticas sociais, relações sociais e identidade, e se não quisermos que a idéia de consubstancialidade seja usada em todo e qualquer registro e se torne, por assim dizer, um saco de gatos. Essa análise vai contra a idéia de que, por exemplo, as relações de classe se inscrevem unicamente na instância econômica, e as relações patriarcais unicamente na instância ideológica. Cada um desses sistemas possui suas próprias instâncias, que exploram economicamente, dominam e oprimem. Essas instâncias se articulam entre si, de maneira intra e intersistêmica. Tal enunciado lança um desafio à análise empírica. Como não isolar as relações sociais, se não quisermos trabalhar com categorias rei ficadas? (KERGOAT, 2010, p.99)

capital econômico, social e cultural aumentou pela entrada no trabalho assalariado e que, sem a mediação direta dos homens (pais, maridos, amantes), são empregadoras de outras mulheres. Estas, por sua vez, são empregadas em serviços notadamente flexíveis, precarizados e **com demanda cada vez maior das suas subjetividades**, o que representa uma “irrupção de uma oposição de classe direta” (KERGOAT, 2010, p.102) entre mulheres.

No Brasil e em muitos países, as faxineiras, as babás, as cuidadoras de idosos<sup>22</sup> exemplificam essa questão. Junto delas, como um nó, a “racialização e 'alterização'” (KERGOAT, 2010, p.102) do cuidado fazem com que seja considerado natural ver qualidades como próprias de uma ou outra etnia e fazem com que a construção ideológica do outro se dê ainda mais de perto: não mais distante nas periferias, o outro passa a viver e trabalhar diretamente nas casas ou com as famílias.

Para apreender as relações sociais, Kergoat (2010) aponta alguns imperativos:

- essas relações são produzidas, nela se entrecruzam exploração e opressão. No que concerne às relações sociais de sexo, a autora acredita que tais disputas são formadas pela divisão do trabalho entre os sexos e o controle social da sexualidade e da função reprodutiva das mulheres;
- elas possuem uma estrutura que permite sua permanência, mas seu caráter histórico é central para análise;
- as relações sociais são instáveis no tempo e espaço, mas têm alguns princípios organizadores. Na divisão sexual do trabalho observam-se dois princípios: o princípio da separação (o trabalho do homem é distinto do trabalho da mulher) e o princípio da hierarquia (o trabalho do homem “vale” mais do que o trabalho da mulher).

Sobre as relações sociais de cuidado, algumas questões foram observadas por Guimarães, Hirata e Sugita (2011) a partir de um estudo comparativo sobre Brasil, França e Japão. Nos três países, as autoras observaram que a atividade de cuidado é regida pelo princípio da separação (entre homens/mulheres e entre migrantes/não migrantes), fazendo-se valer também o princípio da hierarquia, uma vez que esses trabalhos valem menos que a grande maioria dos trabalhos, ou seja, salários mais baixos com perspectiva de carreira muito limitada, insuficiente formação e precária formalização do *status* profissional, observações corroboram a desvalorização que a expressão “tomar conta” carrega, referindo-se ao cuidado no Brasil.

Kergoat (2010) também distingue as relações sociais das relações intersubjetivas, sendo que as primeiras têm caráter abstrato e são uma construção discursiva e ideológica (de produção material e ideal), enquanto as últimas são próprias dos indivíduos concretos entre os quais elas se estabelecem. Para a autora, as relações sociais e intersubjetivas são distintas também das práticas sociais, que são

---

22 No Brasil é comum a contratação de auxiliares de enfermagem para esta função.

aquelas práticas que podem dar origem a formas de resistência, capazes de serem transformadoras no nível das relações sociais (KERGOAT, 2010).

O exemplo da Coordination Infirmière, movimento social do fim da década de 1980 na França, é esclarecedor. Nas reuniões do movimento, o convívio era inegavelmente feminino: as integrantes faziam questão de chamar-se pelo nome, perguntar sobre a saúde, comentar uma roupa nova ou uma ida ao cabeleireiro etc. São formas de relação intersubjetiva que suavizam o clima das reuniões, mas que não afetam de maneira alguma a dinâmica da dominação masculina no interior do movimento. Assim que uma disputa surgia no horizonte, os velhos mecanismos voltavam ao seu lugar (por exemplo: quem falará à imprensa?). O que pode de fato questionar as relações sociais de sexo são as práticas sociais coletivas: por exemplo, decisões como quais as mulheres que terão as responsabilidades formais (presidência da associação) e práticas (responsabilidades organizacionais durante as manifestações), ou a decisão de que haja um aprendizado coletivo em situações de fala diante de um público etc. Não é por serem mulheres que as enfermeiras são subversivas quanto à relação social de sexo — vemos com este exemplo que o sujeito das lutas não se justapõe ao sujeito da dominação —, mas sim porque se transformaram em um sujeito coletivo produtor de sentido e sujeito de sua própria história. Elas saíram da imagem imposta de feminilidade para se tornarem mulheres portadoras de poder de ação na construção e no desenvolvimento das relações sociais. Por meio delas, o grupo social “mulheres” apropriou-se de outras maneiras de pensar e agir, de outras formas de “produção social da existência humana (KERGOAT, 2010, p.95).

## 2.2 Intersubjetividade

É na via das relações sociais e também com o olhar sob as relações intersubjetivas, parte do cotidiano concreto, com aporte da sociologia compreensiva, que nos propomos a focar nossas análises. Compreendemos que, de fato, pertencer a determinada posição social, ter determinado sexo ou etnia torna o acesso a certos recursos de vivências e a certas experiências - como as relações de cuidado - mais ou menos prováveis. A sociologia compreensiva nos ajuda a interpretar condutas humanas inteligíveis, na medida em que busca perceber num contexto de modos usuais de pensamentos e sentimentos como as partes componentes da conduta das/os agentes articulam-se entre si, para constituir ações<sup>23</sup> orientadas para algum fim “típico”, ou seja, uma ação que seja portadora de **sentido** (WEBER, 2008, p.25).

Os indivíduos orientam sua conduta em função daqueles conceitos [referindo a conceitos coletivos, derivados de ideias legais, do senso comum] que, desta maneira, exercem com frequência uma influencia causal muito real, dominadora, sobre a ação desses indivíduos. Isto é verdade especialmente quando esses conceitos fazem parte de um padrão reconhecido, positivo ou negativo.

---

23 Ação social é toda conduta humana cujos sujeitos vinculem essa ação a um sentido subjetivo. Poderá consistir de ação ou omissão de agir. Atitudes subjetivas devem ser consideradas ação social apenas se orientadas à ação de outros (WEBER, 2008).

Nesse quadro referencial, o sentido é a unidade compreensível da ação, é o que orienta a ação e que dá um fim para que ela seja realizada. As relações sociais, na sua coextensividade e consubstancialidade, são fundamentais para compreender o sentido, permitindo, sobretudo, que sejam apreendidos o caráter coletivo dos significados atribuídos ou compreendidos pelos agentes em interação e a regulamentação dada por normas sociais.

Para Weber, segundo Cohn (2003), a continuidade cotidiana de certa linha de ações traduz a persistência de formas de ordenação social por uma pluralidade de agentes individuais, o que se relaciona diretamente ao índice de dominação/legitimação nas suas vivências. Esse índice de dominação e legitimação é o que diz respeito à apropriação das pessoas de forma diferenciada e legitimada, em determinadas condições sociais, materiais e simbólicas.

O sentido na sociologia não pode ser usado como sendo obviamente “válido” ou “verdadeiro”, estabelecido metafisicamente, como, por exemplo, no caso da ética (WEBER, 2008). Assim, o que procuramos neste trabalho é conhecer as subjetividades dessas agentes, os nexos particulares dos significados atribuídos por elas a certos fatos, a atribuição causal (e não a causa, uma vez que os processos são marcados por eventualidades) das suas ações como parte das suas relações sociais. O que esperamos é estabelecer relações entre os motivos inteligíveis e interpretáveis da ação e o debate que vem sendo feito do cuidado, propondo um diálogo entre sujeitos históricos, inseridos numa cultura específica, com condições materiais também particulares.

Os significados, por sua vez, são as mediações através das quais podemos apreender o sentido da ação. Quando falamos em significados, como explicam Aguiar & Ozella (2006), referimo-nos, assim, “aos conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades”.

De modo a aprofundar na compreensão do sentido, trouxemos também algumas reflexões de Junqueira & Ozella (2006) do campo da psicologia sociohistórica sobre as necessidades e os motivos. As necessidades são entendidas como um estado de carência do indivíduo, configurado a partir das suas relações sociais. Dependendo das suas condições de existência, ele as ativa com vistas a satisfazê-las – embora não necessariamente esse indivíduo tenha a consciência e o controle do movimento de constituição das suas necessidades, tendo nas emoções um componente fundamental. As significações não necessariamente registram as necessidades, podendo essas necessidades se constituírem de emoções que ainda não foram significadas.

A ação das/os agentes só acontece quando, a partir das suas necessidades, elas/es significam algo do mundo social como passível de satisfazê-las/os. “Aí sim, esse objeto/fato/pessoa vai ser vivido como algo que impulsiona/direciona, que motiva-os/as para a ação no sentido da satisfação das suas necessidades. Tal movimento, ou seja, a possibilidade de realizar uma atividade que vá na dire-

ção da satisfação das necessidades, com certeza modifica o sujeito, criando novas necessidades e novas formas de atividade. A necessidade completa sua função quando encontra o objeto/fato/pessoa de satisfação na realidade social, configurando assim as necessidades em motivos. Os motivos se constituem como tal somente no encontro com outro, no momento em que o este os configurar como passíveis de satisfazer as suas necessidades. Assim, aproxima-se do processo gerador da atividade, ao mesmo tempo gerado por ela.

### **2.3 Esferas de análise, método e o campo da pesquisa**

Parece-nos adequado, como para a maioria das estudiosas do cuidado, assumir a distinção analítica entre algumas esferas: a do cuidado com crianças, idosos, doentes e/ou dependentes na família e na esfera profissional que, no caso desta pesquisa, é um programa do governo: a Estratégia de Saúde da Família, que tem como foco o atendimento do outro, compreendido como integrante de uma família. Entretanto atentaremos para que essa distinção não limite a análise, compreendendo que este tem sido um desafio para estudos do cuidado.

Cada uma dessas esferas é entendida como sistema de ação de agentes coletivos (MELLUCI, 2001), organizados em torno dos eixos: fins, meios e ambiente, vetores interdependentes e em tensão, que combinam orientações diversas para suas ações, envolvendo diferentes agentes e vínculos.

A forma organizativa da ação é o modo pelo qual um ator coletivo tenta dar uma unidade aceitável e durável a tal sistema [de ação], continuamente permeado por tensões. Também no interior dos eixos são produzidas continuamente, tensões: na definição dos fins, entre os fins de breve e longo prazos; na escolha dos meios entre a destinação dos recursos para busca da eficácia ou da consolidação da solidariedade; nas relações com o ambiente, entre equilíbrio interno e relações de troca com o exterior. Certamente, ao emergir de ações concretas, contribuem fatores facilitadores do tipo conjuntural [...]. Mas esses fatores não poderiam operar se o ator não tivesse capacidade de percebê-los e de integrá-los em um sistema de orientação que constitui a estrutura condutora da sua ação. (MELLUCCI, 2001, p.46, 47).

Assim, procuramos conhecer as relações sociais e as intersubjetividades, os sentidos da ação, como parte dos sistemas de ação de que Rosa e Lúcia, sujeitos de nossa pesquisa, participam, distinguindo-os esses sistemas entre esfera familiar e profissional, cientes de que os limites desses sistemas não são físicos e o modo de nomeá-los é apenas uma referência, podendo ser parte da esfera familiar, por exemplo, vizinhos, amigas de infância, cabeleireira, etc., e, da esfera profissional, uma vizinha que lhe indicou o curso.

Desde o início da construção deste objeto de pesquisa, estava claro que os métodos quantitativos seriam insuficientes para dar conta dos objetivos e que, no que se refere à pesquisa qualitativa, era

necessário conhecer as pessoas, para a partir daí discutir as temáticas. Optamos, assim, pela História de Vida, na qual buscamos provocar a narração:

sem desconhecemos os limites da situação discursiva da entrevista, essa metodologia qualitativa de investigação propõe-se a escutar os sujeitos que, generosamente, emprestam e confiam suas vidas aos/as entrevistadores/as, que delas recolhem não somente os fatos, mas os sentidos, os sentimentos, os significados e interpretações que tais sujeitos lhes conferem. Seja para que suas vidas, identidades e histórias possam ser conhecidas, interrogadas, registradas e (e) laboradas, seja para discutir temáticas e questões da vida humana, das sociedades e das culturas, a partir da compreensão de seus próprios protagonistas, seja para que possam ser reveladas, celebradas e, posteriormente, guardadas, ou melhor, veladas, nos acervos históricos, como fonte documental. (TEIXEIRA & PÁDUA, 2006, p.2)

Para esse tipo de entrevista escolhida – a entrevista narrativa –, procurávamos despertar a narração com questões capazes de provocar uma resposta com certo ordenamento dos acontecimentos. Essas respostas, que são as histórias contadas, são constituídas de significados de si mesmo, do outro e do mundo, reconstruídas da memória num processo de recordação onde o mais importante a ser passado aos outros são as experiências vividas, com característica de sabedoria prática (TEIXEIRA & PÁDUA, 2006). Perguntas como “Me conta um dia que você achou bom da sua infância?” “Como que foi?” “Me conta: como foi um dia em que você acha que cuidou bem aqui na Unidade?”, sucederam o pedido inicial: “Conte-me a história da sua vida”.

Não se trata de desvendar a verdade de uma realidade pura e inalterada que chegou até nós. As narrativas apresentadas são o resultado da situação de entrevista, da interação entrevistadoras-entrevistadas/os. Elas são a consequência de escolhas dessas pessoas, ou seja, narra-se sobre alguns fatos, e não sobre outros; da mesma forma, transcrevem-se trechos selecionados. A noção da verdade, neste caso, como notou Mario Vargas Llosa (2007), consiste numa tentativa de aproximação da realidade sem que se possa transgredi-la, ao contrário das verdades nos romances, as quais dependem da sua própria capacidade de persuasão, fantasia, magia. Além das narrativas se darem numa relação de diálogo, o processo de interpretação também procedeu da mesma forma, na medida em que os relatos das mulheres sobre sua trajetória, além de serem interpretados por elas mesmas, seriam interpretados pelas pesquisadoras.

As narrativas que buscamos suscitar foram orientadas pela memória biográfica de Lúcia e Rosa, uma vez que nos preocupávamos em valorizar a dimensão do indivíduo. Entrevistamos Lúcia e Rosa, por 5 vezes e 4 vezes respectivamente, e a média de horas de entrevistas com cada uma delas é de 7 horas. Tomamos as narrações das agentes sobre suas próprias histórias como memórias “guias” a partir das quais fomos tecendo as histórias. Uma vez que é nas relações com outras pessoas e em sociedade que essas mulheres se orientam e constituem seus mundos, suas narrativas se enriqueciam com o nosso encontro com o mundo vivido. Assim, procuramos entrevistar também outras pessoas, escolhidas de acordo com o lugar que ocupavam nas narrativas de Lúcia e Rosa, as

quais se destacaram pela presença nas narrativas. Por duas vezes sugerimos entrevistar o marido de Lúcia, e um dos irmãos de Rosa, dos quais elas falaram de forma breve, mas a sugestão não foi aceita. As outras 4 entrevistas realizadas com pessoas próximas de Lúcia e de Rosa, referem-se a mãe, o pai, uma das irmãs e uma amiga de trabalho (técnica de enfermagem), próxima de Lúcia e também a duas irmãs de Rosa, sua filha e uma amiga de trabalho (enfermeira).

Ao realizarmos as demais entrevistas, todas aprovadas por Lúcia e Rosa, pedíamos às pessoas que nos contassem casos sobre sua vida, dias marcantes que passaram com Rosa ou Lúcia, esclarecendo que estávamos a construir a memória da vida daquelas duas mulheres. No final de todas as entrevistas, voltamos às histórias organizadas, para que Lúcia e Rosa pudessem ler, acrescentar ou retirar trechos. Numa dessas ocasiões, quando conversava com Rosa tendo nas mãos a sua história, ela me disse que Lúcia ficara emocionada lendo a sua própria história junto com Assunção. Agradeceu-me pedindo desculpas “pela demora da vida apertada”. Nenhuma das duas alterou a história que lhes foi apresentada, sugerindo apenas os nomes fictícios que aqui adotamos.

A quantidade de participantes e de entrevistas foi definida na medida em que percebíamos ir se desenhando um quadro social, como explica Bertaux (1999):

(...) a medida que se avanza, los cuadros sociales se despejan poco a poco, se adivinan en las repeticiones de una conversación a otra, en la evocación de las mismas presiones exteriores. El investigador empieza a saber por dónde va y, consecuentemente, modifica su interrogar. Numerosas preguntas de orden general se pueden eliminar (pues ya se conocen las respuestas) y se vuelve más interesante desplazar la atención hacia el nivel de lo simbólico (valores, representaciones y emociones), y sobre todo de lo concreto particular (historia personal, como disposición específica de situaciones, de proyectos y de actos).” (BERTAUX, 1999, p.8)

Esse foi um passo difícil, sendo que o vivido acontecia durante a pesquisa, e, em meio à vida, as memórias também se transformavam, pediam passagem novas memórias para compreender o presente, num sentido nunca definitivo.

E, por fim, complementamos as histórias com a observação participante nos locais das entrevistas, durante sua realização, e de modo sistemático na unidade onde estão as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Na ESF, permanecemos por dois meses observando, de duas a três vezes por semana e, seis meses depois, retornamos por um período de um mês, de forma a perceber movimentos e permanências. Essas observações foram anotadas no diário de campo, que foi usado como registro e sistematização dos dados.

Percebi, nesse processo de recontar de histórias, a dificuldade relatada por Teixeira & Pádua (2006) em seu artigo: assimilar a experiência narrada e recontá-la, imprimindo nela também meus traços. Tolhida pelo ritmo acelerado da vida de mestrandas – como tantas pessoas na modernidade –,

notei o quanto faltava tempo para contar e ouvir histórias, para descrever minuciosamente os detalhes, os eventos e imagens a ponto de ver e vivenciá-las outra vez. Mas, por fim, impus a mim mesma o desafio de reunir narrativas e recontar histórias atribuindo coerência aos relatos, constituídos dos processos de idas e vindas nas narrativas, das ausências e das contradições. O movimento de ressignificar e de buscar significados com vistas a compreender as relações de cuidado é apresentado nos capítulos que se seguem. No capítulo 2 contamos a história de Lúcia e Rosa respectivamente, do período em que eram crianças até suas vidas atuais como mães, amigas, filhas, irmãs, mais “distantes” da esfera profissional. No capítulo 3, prosseguimos as histórias com foco na esfera profissional, unindo-as onde elas concretamente se encontraram, trabalhando como técnicas de enfermagem.

## **UNIDADE II**

## **CAPÍTULO 2**

### **O CUIDADO NA FAMÍLIA**

## UNIDADE II

### CAPÍTULO 2: O CUIDADO NA FAMÍLIA

#### 1 Lúcia

Lúcia tinha 32 anos na época da entrevista e estava casada com Vicente, com quem tem três filhas: Vitória, Carol e Isabela, com onze, dez e nove anos, respectivamente. Sua rotina é, sobretudo, ocupada pelo trabalho que ela desempenha como técnica de enfermagem. Com acúmulo de dois empregos, Lúcia chega a trabalhar 77 horas por semana<sup>24</sup>. Da mesma forma, Vicente trabalha sob regime de plantão<sup>25</sup>, contou-nos Lúcia, quando explicava sobre a rotina de cuidados com as filhas. Segundo ela, as meninas estudam no período da manhã numa escola do bairro e, às tardes - em dias alternados -, o pai toma conta delas ou ficam na creche onde a avó trabalha como cozinheira. Como, no bairro onde moram, também moram sua avó materna e boa parte da família da mãe, o cuidado com as crianças é compartilhado pelos familiares, explica Lúcia. Nas duas entrevistas que fizemos na casa do seu pai e da sua mãe, Vitória, a filha mais velha, estava passando o dia por lá. Na última delas, a menina tinha dor de garganta, soube disso por meio de Vicente que veio buscá-la para tomar o remédio e na oportunidade nos contou.

Como suas filhas, Lúcia também passou os tempos de criança no bairro Castanheiras, um dos maiores aglomerados da região de Belo Horizonte. Seus pais vieram do interior na perspectiva de melhora de vida e se conheceram aqui. A mãe, Dona Elisa, tem 51 anos e, apesar de atualmente trabalhar como cozinheira, disse que quase sempre *trabalhou fora, em casa de família*. Dona Elisa retomou os estudos recentemente e estudou até o nono ano. O Sr. Cândido, pai de Lúcia, nunca estudou, trabalha fazendo bicos como pedreiro e frequentemente está em situação de desemprego, como observou Lúcia. Dona Elisa e o Sr. Cândido tiveram outros quatro filhos, três meninas e um menino, todas/os mais novas/os do que Lúcia.

---

24

Um dos trabalhos é diurno e o outro é sob regime de plantão noturno (12/36).

25 Como Vicente é guarda municipal e trabalha doze horas alternadas com vinte e quatro de suposto descanso, pode ficar com as filhas tarde sim, tarde não.

## 1.1 Infância: “trabalho-castigo”

Como alertou o sociólogo José de Souza Martins (1993), não há dúvida de que a pobreza responde pela alta proporção de crianças e jovens que nascem condenados ao trabalho precoce no Brasil. Aqui, antes mesmo de saberem o que é o castigo, muitas crianças são alocadas no “trabalho-castigo”, que ganhou sentido no período pós Revolução Industrial, depois que legiões de crianças passaram a ser consumidas no trabalho (MARTINS, 1993). Sabe-se que apesar das insuficiências da lei, é um direito da criança não trabalhar antes dos 14 anos, salvo na condição de formação técnico-profissional (BRASIL, 2006) e que com grande frequência, os movimentos sociais, o governo, a mídia relatam e denunciam o trabalho infantil. Há uma parcela desse trabalho, porém, que pouco se contesta. Trata-se dos 24% das meninas e 14,6% dos meninos, de cinco a nove anos de idade, que dedicam, em média seis e cinco horas semanais, respectivamente, ao trabalho doméstico (e de cuidados), segundo os dados do IPEA (BRASIL, 2012).

Essas crianças nos parecem ser a “ponta do iceberg”, do “modelo de delegação” que, segundo Kergoat e Hirata (2007), descreve as novas configurações do trabalho das mulheres no Brasil também na França e no Japão. Segundo as autoras, no País, o crescimento das mulheres nas categorias profissionais de nível superior e executivo e a quase ausência de políticas familiares<sup>26</sup> tornaram a externalização do trabalho doméstico e de cuidados um lugar comum. Para realizar o seu trabalho profissional fora de casa essas mulheres contratam faxineiras, empregadas, babás, cuidadoras de modo a substituírem-nas no “seu” trabalho em casa. Como um efeito dominó, as cuidadoras assalariadas – que também continuam responsáveis por garantir a manutenção da vida nas suas casas - acabam tendo que delegar<sup>27</sup> as atividades domésticas e de cuidados a parentes consanguíneos, irmãs, avós, filhas mais velhas<sup>28</sup> (SORJ, FONTES e MACHADO, 2007).

---

26 Tomaram-se por referência três tipos de políticas familiares (SORJ, FONTES E MACHADO, 2007): 1. Licenças do trabalho para cuidar dos filhos, sem perda do emprego e com a manutenção do salário ou de outros tipos de benefícios monetários equivalentes; 2. Regulação do tempo do trabalho que permite aos pais reduzir ou realocar as horas de trabalho quando as necessidades de cuidados com os filhos são mais prementes, sem custos econômicos e para o desenvolvimento da carreira profissional; 3. Acesso a creches, pré-escolas e escolas em tempo integral. Segundo as autoras (2007), partindo desse referencial, uma visão da situação brasileira revela que a problemática da conciliação entre trabalho e família obtém fraca legitimação social e política.

27 Embora Bila Sorj se refira em termos de “conciliação”, Hirata e Kergoat (2007) usam o termo delegação também para a relação entre as mulheres pobres. Mas as autoras ressaltam que, nesse caso, a situação de delegação é diferente. Embora as mulheres pobres também deleguem a outras mulheres o trabalho doméstico e de cuidados, normalmente o fazem, contratando ou não, a mulheres da sua família, da comunidade, as quais já estariam a cuidar dos próprios filhos. Essa delegação não acarreta consequências tão drásticas à vida dessas mulheres e seus filhos, como acarreta, por exemplo, a contratação de empregadas domésticas para “viver” em bairros nobres, ou empregadas domésticas dos países subdesenvolvidos para trabalhar nos países desenvolvidos.

28 Do ponto de vista da conciliação entre trabalho e responsabilidades familiares, as mudanças na configuração das famílias brasileiras (menos filhos, população envelhecendo, diminuição no núcleo familiar) podem acentuar as dificuldades que as mulheres encontram para conciliar as demandas de trabalho remunerado e responsabilidades

Como consequência dessa situação, muitas crianças são violentadas nas suas casas. Um levantamento do Ministério da Saúde, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), registrou, em 2011, 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de dez anos, no Brasil. A violência sexual contra crianças de até 9 anos representa 35% das notificações. Já a negligência e o abandono têm 36% dos registros (BRASIL, 2011).

É desse lugar que Lúcia começa a nos contar sobre seu tempo de criança. Ela foi abusada sexualmente na infância, tornando-se parte da realidade dessas muitas crianças que integram as estatísticas de violência infantil ou sexual. Na primeira entrevista de Lúcia, seguida de um breve relato de trabalho que veremos a seguir, como quem quer logo dizer algo, ela disse: *fui abusada...* Explicou que, por volta de três anos de idade, um primo da sua mãe passou ajudar a tomar conta dela e de suas irmãs com mais frequência. Esse homem abusava sexualmente não só dela, mas também de uma prima, de alguns primos do sexo masculino. Lúcia desconfia que ele abusasse também da sua irmã o que deixou mágoas, sobretudo com relação a sua mãe, já que era ela a responsável por organizar o cuidado e, portanto, a responsável por colocar um homem para cuidar delas.

*Então minha mãe saía e ele tomava conta da gente. E assim, a gente falava com minha mãe, não chegava a falar o que ele fazia porque ele ameaçava, mas falava que não queria que ele nos olhasse mais, que era para procurar outra pessoa, e minha mãe [falava]: “Eu não tenho condições.” (...) Nunca vi isso, colocar um homem para tomar conta de criança, cabeça do povo de antigamente! (...) Fiquei muito tempo com mágoa da minha mãe, aí minha mãe falou que eu precisava perdoá-la. No fundo minha mãe sabe. Quis sair de casa quando era pequena, porque na minha cabeça ela estava sendo conivente pelo fato dela estar colocando ele lá dentro, na época não parei para pensar se ela sabia realmente que ele fazia alguma coisa com a gente, ou não. Mas quando a gente tentava falar, nem ela nem meu pai davam ouvidos, então pensei assim: culpei ela. Culpei muitos anos, não conseguia, minha mãe era só [pedir a] benção e tudo...comprava presente, mas aquele afeto não tinha não, sabe...nunca me fez nada, mas exatamente por eu associá-la a isso. Depois de muitos anos, depois que fui mãe, que realmente consegui perdoar ela. Minha irmã falava assim: “Mas ô Lúcia, minha mãe nunca fez nada!” Mas na minha cabeça na época ela estava fazendo, porque ela não estava evitando, então para mim estava de uma forma indireta cooperando para isso, então é complicado. Depois que aprendi a perdoá-la, depois que fui mãe... [silêncio] Meu pai sempre amei, sou apaixonada com ele, entendeu, tudo que a gente precisava, na época ele não aceitava também que o cara ficava lá, ia contra...Então a gente vê hoje que a mídia divulga muito o abuso sexual, então assim, não é que antigamente não tinha, era muito menos divulgado, as pessoas tinham medo. (...) Acho que o mais importante é que eu consegui superar pelo menos em parte, o trauma fica, a gente fica chateada, nossa. Aí o que acontece: depois que tive minhas filhas eu fiquei neurada, falava com elas: “Se alguém chegar perto de vocês, vocês gritam. Qualquer pessoa que aproximar de vocês pode gritar.” Porque assim, a pessoa vem te oferecendo doces, oferecendo balas e a intenção delas no fundo a gente não sabe... “Não senta no colo de ninguém, não aceita nada de ninguém, não deixa ninguém passar a mão em vocês”. Nossa! Eu*

*ficava até aquela mãe super chata, as meninas vão pensar que estou doida. Mas não é, é proteção demais, para elas não passar o que eu passei sabe...(Lúcia)*

Antes de nos dizer sobre a violência sexual, Lúcia falou sobre as necessidades de cuidados da casa, justificando de forma breve a sua *não infância*:

*(...) Todos escadinhas, pá pá pá pá pá [gestos] e eu era mais velha, então a responsabilidade era maior...porque, mesmo sendo criança, tinha que tomar conta dos outros, e isso estressou um pouco minha infância, porque praticamente não tive infância (Lúcia).*

No decorrer das nossas conversas, Lúcia contou que nasceu dois anos depois que seus pais se casaram, e, como eles haviam perdido o primeiro filho, tornou-se a filha mais velha. Ela, suas quatro irmãs e um irmão moraram num barracão pequeno e muito precário construído por seu pai, num terreno comprado à meia com o tio. Como descreveu o Sr. Cândido:

*A gente molhava quando chovia, tinha que dormir debaixo da chuva, as telhas quebravam todas, aqueles telhas muito velhas, barracão muito velho. Porque até então a gente morava em dois cômodos, com esse tanto de menino. Dormia...três cômodos, era cozinha quarto e sala. Ai eu fiz um [cômodo] de quarto para elas, e [antes] dormia todo mundo num quarto só, [depois] as meninas todas [dormiam] num quarto só e os menorzinhos no meu quarto (Cândido).*

Até por volta dos seus três anos, quando nasceu Cinthia, sua segunda irmã, era a mãe dela quem cuidava de todas, já que o marido *não a deixava trabalhar fora* - justifica Dona Elisa, mãe de Lúcia, completando que *era difícil* em razão de ter um filho seguido do outro. A mudança aconteceu em 1983, quando uma enchente muito forte atingiu o aglomerado em que eles moravam. *Foi aquele janeirão que deixou muita gente desempregada*, lembra Elisa, remetendo-nos a um fato público. Como consequência, lembra que o Sr. Cândido ficou desempregado, e por isso ela teve que voltar a trabalhar *fora* para *ajudá-lo*.

Nesse momento, com seus três para quatro anos, é que Lúcia diz que passou a ter que *se virar* com as irmãs. Como Dona Elisa tinha que *trabalhar fora em casa de família* e também manter a ordem da casa, precisava garantir que essa atividade fosse realizada. Então, com frequência, a alternativa era deixar Lúcia com suas irmãs trancadas em casa, para que cuidassem umas das outras. Eventualmente, quando era possível pagar, Dona Elisa contratava as suas irmãs ou outros parentes para irem em momentos específicos até a casa ajudar as crianças com a comida, o banho, levar para a escola, atividades que elas não conseguiam fazer sozinhas, que Tronto (2011) chama de “cuidado necessário”.

Dona Elisa saía de casa às sete horas da manhã e só voltava em torno das sete horas da noite. Depois de fazer as faxinas, passava na *venda* e comprava os alimentos para fazer o jantar e o almoço para o dia seguinte, tudo isso no fogão a lenha, porque o dinheiro não dava para comprar o gás.

Quando não estava *fazendo bicos*, o Sr. Cândido, seu pai, *tomava conta* delas e costumava levá-las à igreja. Era uma das poucas vezes em que saíam de casa, e Lúcia lembra com satisfação das outras vezes em que isso acontecia: para *acompanhar o pai ao trabalho ou levar comida para ele*. Salvo essas exceções, sua história sugere uma configuração familiar pelo avesso e remete à ponta do “modelo de delegação”, de que falam Kergoat e Hirata (2007). Como observou Sérgio Adorno (1993, p.192), “a criança torna-se fonte de subsídio familiar. A família, que, na sua origem, pensa-se como fonte de solidariedade, de proteção e de socialização primária das crianças se subverte para apoiar-se no universo infantil. É como se a família fosse socializada pelas crianças e não o seu contrário<sup>29</sup>”.

Apesar de termos pedido algumas vezes a Lúcia que nos contasse casos sobre um dia qualquer de sua infância, sobre o cuidado com as irmãs, ela falou pouco, dizendo de forma resumida que elas *se viravam*. Cinthia, sua irmã, foi também reticente: *a gente vivia um dia de cada vez, literalmente*. Na última entrevista que realizamos com Lúcia, na sua casa, insistimos nessa pergunta. Suas filhas estavam presentes nesse dia e sugeriram que Lúcia contasse uma história de que elas gostavam muito: Lúcia e suas irmãs ensaboavam o chão da cozinha, que ficava assim bastante escorregadio, e então fingiam nadar. Imaginavam *que a casa era piscina, tobogã, ralavam o joelho todo, pulavam um em cima do outro, faziam uma bagunça! Sempre vigiando o tempo para saber quando a mãe chegaria*. Isabela, a filha mais nova, lembrou ainda que as irmãs tinham que limpar tudo, *para não tomar uma surra*, sugerindo que tinham entendido a lição que tiravam da história contada por Lúcia.

As brincadeiras de Lúcia quando criança revelam sensibilidade e criatividade comuns nas crianças: junto das irmãs, eram capazes de ressignificar o espaço a que estavam confinadas, criando para si outro universo de possibilidades. As brincadeiras nos dão pistas também das habilidades tidas como femininas e nos dizem da participação de Lúcia nas *artes* indesejadas pelos adultos.

No que diz respeito à primeira afirmação, sobre a aprendizagem de habilidades tidas como femininas, constatamos que, para brincarem daquela forma, as crianças deveriam, no mínimo, saber onde ficava o sabão, o rodo, bem como saber limpar, secar e gerir o tempo, competências adquiridas no trabalho doméstico.

Já com relação à segunda observação, a participação de Lúcia nas artes indesejadas pela mãe, nota-se que Lúcia compartilhava, em certa medida, a responsabilidade da casa com a sua mãe. Isso fez com que fosse delegada a ela a necessidade de corrigir as irmãs por “fazerem arte”. Mas, como vimos no relato acima, ela também fazia *arte*. Embora ela tivesse que cuidar das outras crianças, também era uma criança e, além de não ter como lidar totalmente com potenciais

---

29 Como nota o próprio autor (1993), a socialização pelo avesso é um recurso metafórico, uma vez que a socialização descreve múltiplas interações, dinâmicas e dialéticas, com “os outros” e com seus pares.

acidentes, gostava de brincar.

*porque na hora de fazer arte todo mundo fazia, mas assim que eu chegava ela me contava, do jeito dela e eu acreditava nela e batia nos outros. Aí, uma época comecei a dar uns cocões nela, aí ela parou. Então ela tem uma revolta. De vez em quando eu a vejo ela reclamando que eu batia muito nela. Por ser a mais velha, às vezes a gente cobra mais mesmo (Dona Elisa).*

No cotidiano de cuidado vivenciados por Lúcia, nota-se que os cuidados necessários - como manutenção da higiene e servir o alimento - são contratadas por sua mãe, como um serviço. Ouvir, conversar, brincar com o outro, eram atitudes pouco presentes e, quando aconteciam, no pouco tempo que Dona Elisa tinha com as crianças, pareciam ter um caráter sobretudo instrumentalizador, como veremos adiante. É a preocupação voltada para a sobrevivência/assistência básica, que, por sua vez, alimentava a concepção de “cuidado necessário” para com a família. Tronto (1993) adverte que o que é necessário como parte das relações de cuidado, ou seja, o que alguém precisa fazer pelo outro, trata-se de uma definição política. O cognitivo e o afetivo não fazem parte do que é definido como cuidado necessário com as crianças – não só na casa de Lúcia, concepção semelhante está presente na educação infantil e na enfermagem.

Como dissemos, o trabalho infantil que Lúcia desempenhava, pode ser interpretado como a ponta do “modelo de delegação”. Ele leva-nos a pensar na divisão sexual do trabalho, colocada nos termos da obrigação, sentimento que comumente delimita a noção de família entre os pobres (SARTI, 2008). Nesse caso, as pessoas se identificam como uma família, porque podem contar umas com as outras, constituindo assim uma rede de trocas ampla entre pai, mãe, tias, filhas, vizinhas, avós, etc., unidos pelos laços da obrigação, e não um núcleo familiar consanguíneo, como no tradicional “modelo” de pai, mãe e filhos. Podemos apreender essa rede na fala de Lúcia:

*Não tenho contato com a família do meu pai quase nenhum, só tem um tio dele que eu conheço...dois...A família da minha mãe todo dia vejo, todo dia liga, a gente não chama de tia, não tem o habito. Já na família do meu pai é tio, porque dá aquela imposição, você fica sem ver a pessoa, tem que ter uma postura. Já minhas tias não, é tudo pelo nome, Sônia, Net, Chica. Aí uns falam assim: “É falta de respeito”. Não é não, é amizade, é mais que parente, é amigo. Então assim, são pessoas muito legais (Lúcia).*

Tronto (1993) também notou que essa obrigação tem como base o respeito entre os pobres, que comumente parte do pressuposto de que você pode vir a precisar do outro algum dia, ao contrário do respeito percebido pelo senso comum, cujo significado é uma obrigação formal da ordem dos **costumes** legitimados. É através do binômio família – obrigação/respeito que Lúcia descreve as relações da sua família, comparando-o ao “modelo” legitimado, que funciona para as famílias pobres, como “um espelho” (SARTI, 2004, 2008):

*A tensão entre os distintos discursos familiares denota a singularidade da família no mundo contemporâneo: ela é, ao mesmo tempo, auto-referida na sua construção do “nós” – nisto que constitui o mundo privado – e permanentemente influenciada pelo*

*mundo exterior – público –, que lhe traz a inevitável dimensão do “outro”, com a qual tem que lidar. Assim, a família constitui-se pela construção de identidades que a demarcam, em constante confronto com a alteridade, cuja presença se fará sentir insistentemente, forçando a abertura, mesmo quando persistirem as resistências. A família, então, constitui-se dialeticamente. Ela não é apenas o “nós” que a afirma como família, mas é também o “outro”, condição da existência do “nós”. Sem deixar entrar o mundo externo, sem espaço para a alteridade, a família confina-se em si mesma e se condena à negação do que a constitui, a troca entre diferentes (SARTI, 2004, p.19).*

O discurso do pai de Lúcia também nos remete à noção de família delimitada pela obrigação. Depois de ficar órfão dos pais aos 8 anos e de passar um tempo morando de casa em casa, o Sr. Cândido ganhou uma família que o *recebeu como filho, para trabalhar*. De modo semelhante, Dona Elisa explicou-nos que, a partir dos oito anos, na condição de filha mais velha, teve que passar a ajudar a mãe. Ela conta que era *doada* pela mãe para outras famílias, as quais pagavam a sua mãe pelo trabalho que ela realizava. Como *não queria ter outras famílias*, Dona Elisa diz que, sempre que tinha oportunidade, fugia das casas.

Retomamos a questão da divisão sexual do trabalho, mostrando como, na história de Lúcia, ela é constituída na e pela obrigação. Como vimos, nas trocas da rede familiar, Lúcia e sua mãe ajudavam as respectivas mães realizando trabalhos nas casas, enquanto o Sr. Cândido ajudava a sua família, principalmente quando jovem, com os trabalhos desempenhados na roça<sup>30</sup>. Desse modo, elas cumpriam as obrigações com a suas mães famílias no âmbito privado, enquanto seu pai as cumpria no âmbito público.

Essa separação das obrigações acompanham a lógica de autoridade entre as famílias pobres. Como também observou SARTI (2008), entre as famílias pobres a autoridade é comumente compartilhada, sendo que cabe ao homem a autoridade da família e, à mulher, a autoridade da casa. Assim, ao se casar, o Sr. Cândido tornou-se a autoridade da família, ou seja, a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. Dentro dos limites do “possível”, coube a ele decidir se alguém podia ou não trabalhar fora e organizar a vida religiosa, de modo a proteger a todos *dos perigos dos malandros e das macumbas*, como ele mesmo nos explicou.

*Você pode morar em qualquer lugar, no meio dos traficantes. Mas só que tem uma coisa: ninguém toca. É melhor, que eles até ajudam. Às vezes você sai pro seu trabalho e aqueles caras falam: “Ah pode deixar, que a gente dá uma olhada na casa. Ai, ninguém mexe não!” (...) (Cândido)*

Já a Dona Elisa, depois de casada, passou a representar a autoridade da casa, com responsabilidades sobre a manutenção da unidade do grupo de modo a gerenciar o cuidado das

---

<sup>30</sup> Ao dizer sobre o cuidado, o Sr. Cândido, pai de Lúcia, contou-nos: *Tive uma vida bem sofrida na roça, não tive assim proteção, conforto, carinho dos pais, não tinha nem jeito*. Ele foi a única pessoa que se referiu diretamente ao cuidado dessa forma, como quem dele necessitasse.

crianças, a comida da casa, o trabalho doméstico.

De acordo com Sarti (2008), essa divisão de autoridades entre homem e mulher é hierárquica e está especificamente relacionada ao papel de provedor do homem e ao poder que esse lugar lhe confere. Mas, como vimos, por causa da enchente e do desemprego, o Sr. Cândido *deixou* Dona Elisa trabalhar fora de casa, e então ela passou a prover a família logo no início do casamento. Quando a mulher passa a assumir a responsabilidade econômica do lar, podem ocorrer modificações importantes no jogo de relações de autoridade (SARTI, 2008). Segundo essa autora, a mulher pode de fato assumir o papel de chefe de família e definir-se como tal, mas o que se percebe é que a mediação com o externo tende a ser designada a outro homem da família: um primo, um irmão, etc.

Ao que nos parece, o possível abalo da autoridade masculina e a tendência de a figura do pai ser substituída por outras figuras masculinas da rede familiar não se concretizou no caso de Lúcia. Os preceitos da religião pentecostal, nesse caso, foram importantes para garantir a autoridade do Sr. Cândido na família. Desempregado, ele passou a levar as filhas à igreja com regularidade, e as regras da religião passaram a ser rigidamente seguidas por todas, como contou Lúcia. Já a sua mãe, até sair para trabalhar, não frequentava a igreja: só ia algumas vezes *fazer campanha pros meninos*, colocá-los *na mão de Deus*.

Percebemos o pouco cuidado destinado a Lúcia quando pequena. Lúcia aprendeu a cuidar das irmãs cuidando, “se virando”. Esse lugar de cuidadora que assumiu na família constitui e é constituído pela divisão sexual do trabalho, o modelo de “delegação” que a compõe e a organização decorrente dela nas representações da família. Na família são compartilhadas as autoridades de forma hierarquizada, e, por causa desse compartilhamento, as pessoas podem ficar vulneráveis diante de diferentes situações. Nesse sentido a configuração das autoridades na família faz com que a principal vulnerabilidade das mulheres consista em ter o mundo externo mediado pelos homens, enquanto, para os homens, a principal vulnerabilidade está na manutenção do seu papel de provedor, diante das inconstâncias do mercado de trabalho<sup>31</sup>.

Sabemos, porém, que as fronteiras entre família-casa, público-privado, como dissemos no capítulo 1, são tênues. Assim nos perguntamos: qual seriam os limites da autoridade do homem sobre a família e da mulher sobre a casa? Sendo essas mulheres as responsáveis pelo cuidado, como analisar a vulnerabilidade dessa atividade diante das inconstâncias do mercado de trabalho e do fato de a mediação com o mundo externo ser realizada pelos homens? Essas questões serão objeto de reflexão no próximo item.

---

31 Também para Tronto (1993), todos somos vulneráveis.

## 1. 2 Responsabilidades e vulnerabilidades

Vimos que, mesmo sendo Dona Elisa , mãe de Lúcia, a provedora da casa por estar no mercado de trabalho, não houve alterações no que diz respeito às suas responsabilidades como mulher dentro da casa. Mas, como ela não podia mais realizar as ações de cuidados com as filhas, essas ações passam a não ser somente uma atividade da casa. Como as crianças eram muito pequenas, Dona Elisa dependia de mediações externas, como parentes para cuidar das crianças ou da “circulação” de crianças na comunidade. Como Sarti (2008) observou, a autoridade da família - ou seja, mediação com o mundo externo, moralidade da família - é comumente atributo do masculino. E, nesse caso, o cuidado passou a ser mediado pela autoridade do pai de Lúcia, embora fosse Dona Elisa quem o executava ou quem o delegava a outras pessoas. Nesse caso, notamos a relação dialética das fronteiras da autoridade do homem sobre a família e da mulher sobre a casa.

Tronto (1993) já advertia que, ao pensarmos sobre as responsabilidades do cuidado, devemos estar alertas a respeito das possibilidades de abusos que surgem diante das vulnerabilidades. Segundo ela, uma vez que as responsabilidades de cuidar repousam na satisfação das necessidades de cuidado/bem-estar, obviamente uma teoria da justiça que não seja individualista e liberal é necessária para discernir necessidades mais ou menos urgentes de cuidado. O próprio cuidado seria um parâmetro para pensar a questão das necessidades e da justiça (TRONTO, 1993). Essa reflexão nos ajuda a pensar sobre como o cuidado, torna-se uma atividade vulnerável também a esse externo. Tal situação culmina no fato de Lúcia e suas irmãs ficarem trancadas em casa durante a infância, sendo tal fato entendido como uma particularidade do cuidado.

Dona Elisa conta que, apesar do pouco tempo que lhe restava depois do trabalho, cuidava das filhas, como dissemos, de um modo instrumentalizador, preparando-as para que elas cumprissem a função de cuidadoras das irmãs.

*Tão danada [a correria], mas tem um porém, eu saía de manhã, eu dava beijinho neles, eu falava com eles que eu estava voltando, que eu só ia porque eu tinha que buscar isso ou aquilo para eles...E eles concordavam. Chegava e eles estavam me esperando, ansiosos, feliz. Eles não tinha noção. Eu também ficava feliz. (...)Eu sentava no chão nós brincava de boneca, eu costurava vestidinho para elas vestir nas bonecas delas...Vestia as bonecas, brincava com elas, fazia comidinha...Então o tempo que eu tinha livre, eu dedicava a eles. Ajudava no para casa, se a professora chamava eu ia lá. Se precisava eu dava uns trancos também e com isso foram assim (Dona Elisa).*

*Ensinei minhas meninas desde cedo...lavava calcinha, cada uma lava sua calcinha, saía do banheiro lavava calcinha...de primeiro ninguém nem via calcinha de mulher... (...) elas me ajudaram muito a olhar os menino menor; ia crescendo passava pro outro (Dona Elisa).*

Ainda que de uma forma muito precária, notam-se no seu relato as três dimensões do cuidado com as filhas, descritas por Tronto (1993). Dona Elisa reconhecia a necessidade do cuidado das filhas e desenvolveu a qualidade emocional de ser atenciosa. Sem dar-lhes noção de toda a dureza da vida, ela explicava às crianças sobre as condições objetivas que justificavam a sua ausência, entendendo que precisavam de beijos, brincadeiras e de atenção. Como consequência, ela também oferecia cuidado no tempo livre, dimensão do cuidado que se refere ao trabalho em si com as competências adquiridas durante a vida: *fazer comidinha, vestidinho, dar uns trancos*. E, por fim, ela demonstra reconhecer o receber o cuidado que é a resposta ao seu oferecimento (etapa que necessita que cuidadora e cuidado revisitem a questão), quando diz sobre a receptividade das crianças na sua chegada em casa. Reconhecer as necessidades do outro e ser atenciosa são qualidades emocionais que, aos poucos, as filhas vão aprendendo, já que, como diz Dona Elisa, elas passaram a se preocupar não só umas com as outras, mas também com a mãe. Tal atitude, quando muito precoce, também informa sobre a ordem de socialização “pelo avesso” descrita por Adorno (1993).

*Me ajudaram, muito, não só assim materialmente, como espiritualmente também, que, quando eu precisava de apoio, elas me davam, qualquer problema que tinha elas estavam lá me ajudando: não, mãe, a senhora sempre foi guerreira...(Dona Elisa)*

Depois de nos contar sobre os cuidados com as filhas, Dona Elisa completou:

*(...) mais desgarrada era Lúcia, que ela já estava partindo para ser mais velha, com doze anos já começou olhar os rapaz. Enquanto isso as outras estavam menores. Então, ela já não queria mais brincar com as meninas, vestia uma roupinha bonitinha e queria ir para o beco (Dona Elisa).*

No caso específico de Lúcia, podemos dizer que há poucos relatos de cuidados voltados para ela quando pequena, revelando uma situação de violência ainda mais intensa, quando comparada às irmãs. Nos relatos, ela e da sua mãe, é como se as filhas mais velhas nascessem para ser cuidadoras e pouco ou nada cuidadas.

*O problema de ser mais velho cai é nisso também, sempre que afeta pro lado das mãe a gente tem que correr, para ajudar. Então, ela [a mãe] me empregou numa casa (Dona Elisa).*

Como dissemos, desse tempo Lúcia contou pouco, falou sobre as brincadeiras, sobre o abuso sexual e, mais especificamente, sobre o cuidado com as irmãs. Contou que, certo dia, a irmã caçula cortou a mão no copo, o que provocou um ferimento profundo, *quase atingindo o tendão*. Como ficavam trancadas e não tinham como sair de casa, ficaram desesperadas e gritaram muito, até que veio uma de suas tias e outro vizinho, lembra Lúcia. Mas a ênfase que Lúcia dá ao caso é na constatação da impossibilidade de ela, como criança, oferecer o cuidado para a irmã, como sendo

essa uma lição de moral para sua mãe. Depois desse dia, Dona Elisa desistiu de deixá-las trancadas, conta Lúcia.

Lúcia demonstra ter muita raiva do tempo em que ficavam trancadas. Dona Elisa por sua vez, nos pareceu envergonhada do fato, justificando que as coisas eram muito difíceis. Aos poucos, fomos percebendo que o motivo de trancarem as crianças era religioso relacionado à respeitabilidade da família e à mediação com o externo, dimensão associada à autoridade do Sr. Cândido, pai de Lúcia. Como nos contaram Lúcia e Dona Elisa, ele não permitia que elas saíssem de casa, já que do lado de fora deparavam com os *drogados do bairro* e com outros perigos, como a televisão na casa das tias, assim as suas tias tinham que ir até sua casa cuidar delas.

O tempo em que ficaram trancadas pode ser considerado como uma particularidade do cuidado na família de Lúcia. Como notou Sarti (2008), quando as mães das classes populares precisam conciliar o trabalho assalariado ao de cuidados, a consequência mais comum é que as crianças ficam transitando entre as casas da tia, da avó, das vizinhas, sobretudo nas casas dos parentes da mãe. Nessa perspectiva, entendemos que a particularidade da situação de estarem trancadas relaciona-se principalmente à doutrina da igreja, o que pode ilustrar a hierarquia de autoridades família-casa. Ela mostra como esses limites são transponíveis e tênues, como a autoridade sobre a família interfere diretamente na autoridade sobre a casa, ou seja, sobre as relações de cuidado. Por isso insistimos na importância de percebermos essas esferas em relação.

Tronto (1987) já advertia que, enquanto o cuidado for analisado como uma moral das mulheres, particular e idealizada, iria inevitavelmente ser tratado de forma secundária. Isso porque

como a etimologia da palavra sugere, o que é privado é privado em pelo menos um sentido: a medida que os limites do privado (neste caso a moralidade privada, como expresso por cuidados) são julgados pelas categorias e definições do público (neste caso, a moralidade pública, ou seja, a ética da justiça), o que é relegado para o privado, não é julgado pelos seus próprios termos. A moralidade privada não é percebida como independente do "mais importante" domínio público. É por sua natureza, dependente e secundária (TRONTO, 1987, p.654-655, tradução nossa)

O que a autora quer dizer é que as intersubjetividades, a ética do cuidado, devem ser entendidas no seu contexto, e não como os fatos dados de uma teoria psicológica baseada no gênero. Segundo seus estudos, na perspectiva da ética do cuidado há um risco de se cultivarem formas de pensamento sobre o cuidado, como a responsabilidade com os mais próximos, a não violência, pensadas de forma restrita ao âmbito doméstico, ignorando suas fronteiras.

Nesse caso, deixar Lúcia e as irmãs trancadas é uma definição que tem como base sobretudo a autoridade do Sr. Cândido, restringindo a circulação delas pelas casas da família e pela vizinhança. Mas, apesar da vulnerabilidade de Dona Elisa, decorrente de ter o externo mediado pelo seu marido, tal fato nem sempre se manifesta em seu modo de expressar. A vergonha de trancar as

crianças atesta que ela participava dessa decisão, embora de forma bastante delicada. Dona Elisa, ao se calar ou consentir, poderia estar, inclusive, manifestando uma forma de pensamento própria da ética do cuidado, no sentido de preservar as relações íntimas existentes, motivada pelo princípio da não violência.

Porém, ao definir as relações que deveriam ser preservadas, Dona Elisa “poderia” ter se manifestado a favor das crianças, entendendo, por exemplo, a não violência como um enfrentamento às questões da religião introduzidas por seu marido, para que suas filhas pudessem viver em comunidade, e não trancadas. Colocamos a palavra poderia entre aspas pois percebemos que essa escolha da Dona Elisa, como parte de relações sociais de sexo, não estava igualmente posta em questão, revelando uma potencial qualidade conservadora na “não violência”, dimensão da ética do cuidado (TRONTO, 1987).

Se a preservação de uma teia de relações é a premissa inicial de uma ética do cuidado, então há pouca base para a reflexão crítica sobre se essas relações são boas, saudáveis, ou dignas de preservação. Certamente, como se trata de julgarmos sobre os nossos próprios relacionamentos, é provável que estaremos a favor deles e de relacionamentos como eles. É a partir de gostos irrefletidos, porém, que os ódios pela diferença podem crescer (TRONTO, 1987, p.660, tradução nossa)

Observamos que Dona Elisa hoje tem uma televisão em casa. Ela explicou que convenceu Cândido a *parar com essas bobagens*. Lúcia também lembrou que, aos 16 anos, assim que começou a trabalhar e se afirmar como uma pessoa que tem desejos, *saiu da Igreja do seu pai*, para *ver o mundo* e também comprou uma televisão, o que, na época, causou contrariedade ao Sr. Cândido.

Insistimos que, no caso do trancamento dos filhos em casa, interessam-nos os limites e contradições das relações de cuidado. Diante das inconstâncias do mercado que afetavam o papel de provedor do Sr. Cândido, Dona Elisa também se viu vulnerável nas suas funções de manter a casa. Sem nenhum amparo de políticas públicas para o cuidado das filhas, ela deixava-as trancadas, pagando por serviços de outras pessoas como parte de uma atitude de cuidado, vinculada à proteção moral da família.

Reconhecemos também a situação de vulnerabilidade do Sr. Cândido e destacamos a dimensão da violência de gênero numa perspectiva ampliada, percebendo que os homens também são parte dessa configuração social e de classe que os enreda em relações violentas, forçando-os a provas de masculinidade (MACHADO, 2004). Não nos ateremos a essa discussão, mas salientamos a sua importância, no sentido de não cristalizar as relações de poder observadas, como essências.

Assim todos/as da casa, em certa medida, são vítimas das condições objetivas de vida e das precárias situações de trabalho, o que contribui para o “se virar”, não só de Lúcia, mas de todos/as, e para uma dificuldade de projetar o futuro. Nesse sentido, as fortes mediações do poder masculino no cotidiano de cuidado, combinadas a uma ética de manutenção dos relacionamentos, contribuem

para que atitudes de cuidar sejam pouco críticas e transformadoras.

Nota-se por fim que, além de as mulheres da família de Lúcia responsabilizarem-se umas às outras pelo trabalho de cuidado a ser feito, elas se culpam pelo mal-cuidado. Dona Elisa culpa sua mãe, avó de Lúcia, por tê-la colocado para trabalhar quando criança e por pegar o dinheiro do seu trabalho, e Lúcia culpa Dona Elisa por ter colocado um homem para cuidar delas, ou seja, pelo abuso sexual sofrido e por *não ter tido infância*. Dona Elisa julga Lúcia por ter ido *caçar homem* desde cedo, por ser *desgarrada*. Assim, configura-se uma forte trama de inculcação de culpa entre elas.

“Dominadas pela própria dominação” (BOURDIEU, 2000), essas mulheres impõem a si mesmas a prova de ocupar o lugar que lhes é destinado, que faz parte, ao mesmo tempo, das estratégias de sobrevivência da mãe para com a família e de libertação de Lúcia, do destino de cuidar dos irmãos para construir a própria vida. Essa situação remete ao que Lopes e Leal (2005) chamam de proteção do cuidado como algo feminino<sup>32</sup>. Perguntamo-nos em que medida essas mulheres, ao se responsabilizarem e se culparem, estão a proteger o cuidado como uma atividade a ser realizada pelas mulheres? Não estariam elas, antes de tudo, a se proteger diante da vida, reconhecendo-se como seres vulneráveis que contam com a rede de cuidados? E mais, proteger-se do próprio destino de cuidadoras? Ou protegendo o cuidado como algo feminino? Esses dilemas nos remetem ao conceito de “mulheridade”, com o qual trabalharemos na história de vida de Rosa, na segunda parte deste capítulo.

---

32 As autoras se referem à proteção do cuidado como algo feminino, como um possível sentimento/prática na profissão de enfermagem. Contudo, gostaríamos de pontuar a reflexão aqui, para posteriormente retomá-la na esfera profissional.

## 1.3 Contexto escolar

### 1.3.1 O dom de cuidar e a escolha “do possível”

Lúcia falou muito pouco sobre o período escolar, sendo que, na primeira entrevista, ela sequer aproximou-se do tema. Ficou evidente a dificuldade que Lúcia encontrou para conciliar a escola com o trabalho, o qual tem um grande valor social na sua trajetória, já que, semelhantemente a outras crianças pobres, a sua mobilização e da sua família são voltadas em primeiro lugar para a sobrevivência, como notara Nadir Zago (2003) em seus estudos sobre trajetórias escolares em camadas populares. Isso não quer dizer que Lúcia não identifique a escola como importante, pelo contrário. No entanto, embora a escola possibilite a realização de escolhas, estas não constituem escolhas ambiciosas.

Na única aproximação espontânea do contexto escolar, durante a segunda entrevista, Lúcia disse:

*Quando era pequena minha mãe falava assim: “O que vocês vão ser?” Eu falava assim: “Vou ser enfermeira”. Mas, no início, pensar que ia ser enfermeira, achava que era só fazer o curso técnico, depois que você cresce que você vê, que para ser enfermeira tem que fazer faculdade, tem que ter nível superior (Lúcia).*

Em seguida, quando perguntamos sobre a escola, contou que, com seis anos, foi para a pré-escola e com sete para primeira série. Nesse ano foi reprovada, o que ela considera *uma vergonha*, apesar de justificar em seguida. *Não sei, a professora minha gostava muito de desenho, de colar aqueles adesivos no caderno da gente, você brilhou, você isso, você aquilo. Ela não dava aula, não dava matéria.*

Lúcia continuou estudando até a quarta série, perto de sua casa. Na quinta série, transferiu-se para uma escola fora do seu bairro, onde estudou por mais dois anos, até que, quando começaria cursar a oitava série, parou de estudar porque *não estava gostando do colégio*. Lúcia ficou um ano sem estudar e logo começou a trabalhar. Como já foi dito anteriormente, nesse tempo ela decidiu *ver o mundo, ser livre (...)* da sua mãe, do seu pai e das regras da igreja.

*Aí você vai lá fora e quebra a cara, aí você vai aprender tudo de errado que você pode, os piores conselhos que você puder receber você recebe. Claro que tem coisa boa, mas a gente quando não está com a mente bem fortalecida, bem coisa, você cai...Aí eu falei, ah quer saber de uma coisa? Agora não quero ir para igreja mais não, agora eu sou independente, sou livre, minha mãe não manda mais em mim, meu pai não manda mais em mim. Agora vou vestir calça (Lúcia).*

Depois de um tempo *livre*, começou a namorar e decidiu voltar para a escola, estudando até o segundo ano do Ensino Médio. Quando estava prestes a cursar o terceiro ano do ensino médio, engravidou e casou-se, deixando a escola outra vez. Observamos que o relato do período escolar é bastante cronológico, demarcado pelos afetos com a escola ou pelas relações familiares, como casar, ter filhos.

É interessante notar que, embora ela tenha feito o curso técnico de enfermagem, segundo o entendimento da sua mãe, só as suas irmãs Kátia e Cinthia, *quiseram estudar*: a primeira concluiu o ensino superior, e a segunda está ainda na faculdade. Dona Elisa não se referiu a Thiago. As que *não estudaram muito*, segundo ela, foram Deise e Lúcia:

*Essa aí [Deise] não estudou, parou no segundo ano e está aí até hoje. (...) E Lúcia também não quis estudar mais, parou na enfermagem, não quer estudar mais não, mas também com três moças em casa e trabalhando tanto, nem tem como. (Dona Elisa)*

Dona Elisa também contou que seu pai não a deixara estudar, impondo sua autoridade sobre a da sua mãe: *falava que mulher para estudar era para virar puta, piranha...Minha mãe pôs a gente na escola, e ele ia na porta da escola me buscar de coroa de chicote e tudo*. Ela ainda aprendeu a ler e a ter gosto por leituras lendo novelas, a princípio em revistas ilustradas e depois em livros, já que não podia ver televisão. Seu gosto por leituras e sua relação com o estudo, como veremos no relato que se segue, influenciaram Lúcia e as irmãs, revelando uma forma de ressignificar as proibições a que elas estavam submetidas.

*E aquilo ela sentava, lia, lia, lia e eu ficava olhando, e o dia passava e a noite chegava, às vezes ela tinha que parar para fazer alguma coisa, ela fazia depois voltava e começa a ler. Pensei assim: esse trem deve ser muito bom, minha mãe ficar lendo desse jeito, aqueles livros dessa grossura. Aí criei o hábito de ler, comecei lendo livro de romance, lia, lia, lia. Depois fui ler faroeste. Gosto muito de ler, muito mesmo. Aí comecei a ler poesia, fui ler Érico Veríssimo, gosto de ler tudo. Ler jornal, às vezes eu até paro na rua para ver o que está escrito...defeito, mania, vício. (...) Viajava...Iiiii, viajava para tudo quanto é lugar, tudo quanto é cenário do livro...minha mãe comprava e trocava com minha tia, minha tia também lê, ficava uma trocando com a outra...Romance mesmo, Sabrina, Bianca, Júlia... faroeste (Lúcia).*

Com o gosto e habilidades voltadas para as ciências humanas, associadas à crença no binômio estudos- bom emprego, Lúcia contou-nos sobre as matérias de que gostava e seus outros desejos relacionados aos estudos.

*E matéria que eu gostava era português, biologia, tinha um professor que era muito bom. Gostava muito dele, uma coisa que eu falo assim: mas gente, por que a gente está vendo essa matéria. que eu vou levar disso? Não imaginava, ele falava da sociedade, como era o comportamento do ser humano na sociedade que a gente vive...aí me apaixonei também. Gosto muito, eu se eu não fizer enfermagem superior, vou fazer é...assistente social, gosto muito.*

***Diante da pergunta: “Isso que eu ia falar, você pensava em fazer algum curso diferente, você acha que podia ser diferente se você não tivesse optado por enfermagem?” Lúcia assim se manifesta:***

*Acho...advocacia, direito, meu sonho...eu acho lindo, eu acho chique... talvez nem seria muito a minha praia não, mas eu acho chique demais, advogado, aqueles homens de maleta, aquelas mulheres de terno sabe? Eu acho muito bonito, chique (Lúcia).*

Ao contrário da sua mãe, não está presente no tempo escolar de Lúcia a falta de controle desse mesmo tempo por imposição de uma normatização de gênero, que percebe a escola [público] como uma esfera a ser ocupada pelos homens. O que se nota no seu relato são as temporalidades arrítmicas, como descreveu Bernard Lahire (2004). O autor observa que nas classes populares a falta de controle da vida, do tempo e destino é distinta da forma escolar de dividir o tempo, que segue um fluxo com momentos pré-estabelecidos. Nesse sentido a escolarização não obedece ao “tempo normal” de entrada e permanência até a finalização, mas se define no tempo “do possível” (Zago, 2003).

Ainda que sua mãe demonstre compreender a importância dos estudos para as filhas, não há nos relatos da família histórias de mobilização familiar voltada para os estudos. Como descreveu Zago (2003), a mobilização é voltada em primeiro lugar para a sobrevivência, o que inclui o trabalho das crianças. O mundo do trabalho e escola devem ser, portanto, conciliados, o que, em geral, constitui tarefa difícil, haja vista o relato de Lúcia segundo o qual bastava ela começar a trabalhar que logo saía da escola. Como veremos adiante, ela também relata como ficava cansada para fazer o curso técnico e trabalhar e como usou o dinheiro do seu seguro desemprego para pagar os estudos.

Quando já tinha duas filhas e estava grávida de Isabela, a filha caçula, Lúcia começou a trabalhar no hospital como auxiliar de serviços gerais. Foi quando ela relatou ter tido o primeiro contato com pessoas doentes, *pessoas assim, que não eram da minha família, outras pessoas*. Isso parece ter despertado nela a vontade de trabalhar cuidando das pessoas também, *como as meninas [da enfermagem]*. Depois que Isabela nasceu, retomou os estudos, terminou o terceiro ano e optou por fazer o curso técnico de enfermagem.

*Comecei a fazer o curso de enfermagem, pensei assim: será que vou gostar, será que não vou? (...) Aí eu falava que ia ser enfermeira, então assim, uma coisa que gosto muito, me dá muito prazer é cuidar dos outros é, ouvir as pessoas (Lúcia).*

Com relação ao curso técnico, ela conta com detalhes o dia em que viu seu nome na lista dos/as aprovados/as no curso - na Escola Técnica da Cruz Vermelha. E disse que não conseguia enxergar seu nome, e o marido foi quem o mostrou.

*Aí eu fui na Cruz Vermelha, fiz a matrícula, fiz a inscrição porque lá você tem que fazer uma prova de seleção, você só faz o curso se você fizer a prova. E não fui fazer a prova, aí voltei lá depois, “ah não, porque não pode, porque não sei quê”. (...) Aí tive que esperar 6 meses para abrir outra inscrição. Aí fiz a inscrição, fui lá com a força e com a coragem, fiz a prova, aí no dia de buscar o resultado falei assim com meu marido: Vão lá comigo, porque eu estou com medo de não ter passado... Era difícil! Ele falou assim*

*comigo: Não, calma, se não passou depois você faz outra, você faz noutra lugar. Falei: Não, quero fazer lá, quero fazer lá porque é uma escola boa e é mais perto, dá para ir a pé, e é mais rápido também. Porque igual na Casa da Fé, também é uma escola muito boa e é um dia sim dia não, mas, ah, nem, ficar dois anos e meio fazendo curso! Ai eu peguei e falei assim: Não. Vou fazer lá, porque lá é uma escola que tem uma boa referência e dá para mim ir a pé. Trabalhava no Mário Pena, dali na pracinha Floriano Peixoto são o que: uns 20, 25min. Dava para eu ir a pé. Ai, fui lá olhar...estava tão desorientada que não achava meu nome. No dia eu estava tão cega que não via meu nome na lista, tinha olhado ela cinco, seis vezes de cabeça para cima. E ele [dizia] assim: Lúcia...calma, seu nome aqui ó!*

O curso tinha duração de um ano e nove meses. Durante a maior parte desse período ela trabalhava à noite, das 19 às 7 horas (em dias alternados) e estudava de manhã, *para poder ficar com as filhas à tarde*, explica. Apesar da dificuldade de manter financeiramente e de ter disposição física para o curso, na condição de quem trabalha e estuda, ela diz ter *amado* o curso, principalmente os estágios e as matérias mais aplicadas.

*Nossa, amava, amei! Estágio, amava estágio. É a matéria em si dentro de sala de aula, eu gostava muito da aula de introdução da enfermagem que é era a única que a gente fazia em laboratório. você ia pro laboratório para fazer procedimento de enfermagem, aplicar injeção, passar sonda, essas coisas todas, a aula que a gente mais gostava. Então fálasse comigo, que era farmacologia, saúde pública, saúde mental, nó, nem se fala, meus deus, que tristeza, não é a toa que chama saúde mental, nunca gostei dessa aula. Mas assim eu me esforçava muito para tentar aprender porque, você está gastando, você está pagando, tem que ter um retorno daquilo. É muito caro, na época que fiz era R\$ 220,00 em 2007. (...) Ai eu peguei e paguei meu curso todo, paguei meu curso trabalhando. As vezes eu chegava na sala de aula cansada porque eu saía do serviço e assim não conseguia nem prestar atenção no que o professor estava falando (Lúcia). (...)*

*Tinha professor que cobrava muito e falava que não era para dormir. Teve uma vez que um falou, sabe, professor de saúde pública, chamou atenção de mim na frente de todo mundo, eu não gostei...fui lá na secretaria e fiz uma reclamação porque ele falou que eu não estava prestando atenção na aula, eu estava super cansada. Ai eu baixei minha cabeça e ele falou assim: Ah, porque você está atrapalhando a aula! Eu falei: não estou não, estou aqui com minha cabeça baixa, não estou incomodando ninguém...se eu tivesse conversando, se eu tivesse rindo...ai sim eu estaria atrapalhando sua aula. Não justifica falar que estou atrapalhando sua aula, maior grosseiro, quis chamar minha atenção na frente de todo mundo. Eu [falei] assim: Mas qual o motivo do senhor chamar minha atenção? Fiz uma reclamação e tudo, depois ele fechou a cara para mim, mas para mim não faz muita diferença, não. Ele dando aula do mesmo jeito, não tenho muito problema, respeito (Lúcia).*

Quando faltavam seis meses para concluir o curso técnico de enfermagem, a coordenação do seu trabalho no hospital mudou e a nova coordenadora quis trocá-la de turno. Então Lúcia decidiu sair do emprego que tinha como auxiliar de serviços gerais. Não tinha condições de deixar as filhas até onze horas da noite na casa das pessoas, e essa mudança também inviabilizaria sua mobilidade para ir estudar, justifica. A estratégia dela foi usar o dinheiro do acerto para pagar o restante das mensalidades e terminar o curso. *Não, porque eu tenho filha pequena, como vou sair daqui dez horas da noite, estudar de manhã, vim da escola, pegar serviço, não vou ver minhas filhas.*

As idas e vindas mostram que a escola é reconhecida por Lúcia como importante, mas, apesar disso, observa-se que nem sempre há uma disposição real para os estudos, o que leva a projetos de acordo com as condições objetivas, e não a sonhos ambiciosos (ZAGO, 2003). Nesse sentido, embora Lúcia remeta ao “dom” da enfermagem, ao referir-se à sua escolha profissional, seus relatos sugerem uma agente mobilizada, e não uma simples aceitação passiva de uma suposta natureza de gênero. Lúcia demonstra ter em mente a melhor adaptação ao espaço que lhe é designado no mercado de trabalho e, em alguma medida, na família, como observou Duru-Bellat (1990) sobre as escolhas profissionais das mulheres. Ela revela uma escolha que é razoável e fundamentada em cálculos matemáticos, inclusive, de preço e tempo de estudo e também fundamentada no cuidado com as filhas.

Da mesma forma que essas escolhas são permeadas pelas condições objetivas da divisão sexual e social do trabalho, elas também são permeadas pelas subjetividades que as constituem. As subjetividades constituem e são constituídas de sentidos para as experiências de gênero, tanto para mulheres quanto para homens. Assim, buscar um trabalho que garanta as necessidades da família é certamente uma motivação evidente para o estudo-trabalho e diz respeito à maioria das pessoas, não só a Lúcia, independentemente do sexo. Já o envolvimento com o trabalho que demanda cuidar “do outro” que não é da família - como ela se demonstrou disposta na busca pela enfermagem -, envolve uma disposição, que, certamente, foi desenvolvida na sua trajetória de vida e que não se resume “ao possível” e “do dom”.

### **1. 3.2 Aprendizagens: alteridade e compaixão**

O cuidar “do outro”, de alguém que é estranho à família, não apareceu na história de vida de Lúcia como algo motivador por si mesmo. Sua mãe, por exemplo, trabalhou cuidando de uma senhora e de crianças quando também era uma criança, mas, a não ser para dizer a sua função no trabalho, ela sequer fala desses “outros”. A mesma coisa acontece com Lúcia, que, quando cita que já foi babá, lembra apenas que tinha carteira assinada.

O processo de perceber o outro com o olhar do cuidado é descrito quando Lúcia passa a trabalhar no hospital como faxineira. Foi referindo-se a esse trabalho que conta ter tido os primeiros contatos com pessoas doentes, *pessoas assim, que não eram da minha família, outras pessoas*. Talvez porque não se remetesse ao trabalho de enfermagem, significado para ela como um dom, Lúcia conte de forma espontânea sobre o desenvolver do sentimento de compaixão.

Para Pascalle Mollinier (2004), a compaixão, ou o sofrer com o outro, é um dos principais

sentimentos necessários para que se deseje cuidar bem, do outro que lhe é estranho. Como observou Mollinier (2004), a compaixão é aprendida, ou seja, aprende-se a sofrer com o outro, o que nada tem de natural e espontâneo. Para as enfermeiras observadas pela autora em seus estudos, e como veremos no relato de Lúcia abaixo, os primeiros contatos com o outro em situação de sofrimento despertaram reações de medo, de angústia e desgosto. Esses sentimentos, nota Mollinier (2004), assimilados nos corpos, podem até levar ao pânico, desejo de fugir, situação que pode ser observada no relato de Lúcia:

*Trabalhei no hospital, na limpeza, nos serviços gerais, trabalhava uma noite sim, uma noite não. (...) Foi quando tive meu primeiro contato com pessoas doentes sabe, pessoas assim, que não eram da minha família, outras pessoas. Aí fiquei até assombrada na hora que entrei lá, fiquei até neurótica sabe? Que lá, é pessoas com C.A<sup>33</sup>, só Câncer e geralmente fase terminal... (...) Então assim, nossa! Se saísse uma mancha em mim ficava doida! (Pensava): Ah meu Deus, estou com câncer, misericórdia! Se desse uma dor de garganta, eu falava: Aí meu Deus do céu! Gente, eu fiquei doida, eu tinha medo...morri de medo, a falta de informação era grande que eu pensava assim: “gente, esse trem deve pegar é no ar, olha para você ver!?” Só de espirrar! Qualquer coisa diferente, que a gente vê assim no corpo, ou se eu levantasse gripada, pensava assim: “ah meu Deus, estou com câncer!” (...) E eu tinha passado tanta dificuldade desempregada antes, tanta dificuldade... (...) E assim quando aquilo começou a ficar muito muito mesmo, que eu vi que estava passando do limite, eu falei assim: ó Deus, se foi o senhor que me deu essa porta, tira isso de mim porque eu preciso trabalhar! Uai, como que eu vou trabalhar desse jeito, neurada desse jeito, não tenho paz, sossego interior... é uai! (...) Aí, graças a Deus foi saindo aos poucos, sabe, acho que fui habituando, acostumando, aí você vai e procura saber: o que é isso? Como que o pessoal pega isso? Eu sempre tive muita curiosidade de saber as coisas. Então chegava assim nas meninas da enfermagem, perguntava. Aí fui pegando gosto, apesar de não ser uma coisa muito bonita de se ver, um paciente em fase terminal de CA, mas assim, aquilo moveu uma compaixão em mim sabe... (Lúcia, 2011)*

Lúcia manifesta na sua fala uma forte angústia diante dos quadros dos pacientes que passou a acompanhar sem, no entanto, conseguir entender o que se passava. O não entendimento/desconhecimento revela-se como um fator de acentuação de seus medos. Em contrapartida, é o entendimento que vai ajudá-la, em alguma medida, a sentir-se mais segura naquele ambiente. Como se pode observar no relato, também se revela a condição, ao mesmo tempo, de ruptura e de continuidade com sua experiência doméstica: era a primeira vez que ela tinha contato com pessoas doentes fora da família. Ou seja, o elemento cuidado, possivelmente, se constitui em continuidade. A ruptura se dá pelo processo de alterização, no qual a natureza do sofrimento e também o lugar externo à família assumem lugar importante para perceber a si mesma na relação.

O sentimento de compaixão, as reações do sofrer com o outro demandam, em primeiro lugar, colocar-se no lugar desse outro, lugar que, no caso, gera medo, como aconteceu com Lúcia. Embora ela atribua o sentimento de medo à possibilidade de contaminar-se com o câncer e à sua

---

33 Sigla utilizada na saúde para o adenoma carcinogênico, em inglês.

falta de esclarecimento, descreve a necessidade de *habituar-se, acostumar-se* com essa situação, o que implica sentir seu próprio sofrimento e enfrentar a si mesma, como ela mesma diz: ir *pegando gosto*.

Sabemos ser a formação técnica em enfermagem uma das opções mais acessíveis para “melhorar de vida” entre as mulheres pobres. Essa profissão teria sido constituída historicamente nesse lugar: como primeiramente uma opção de trabalho para recuperar as prostitutas e bêbadas (ALMEIDA e ROCHA, 1989) e depois para as pobres batalhadoras. A cultura profissional da enfermagem se estabeleceu como “neutralizadora” dos males de si e do outro. Ao longo da história da profissão criaram-se dispositivos por meio dos quais as agentes vivem e superam essas fases de angústia e do medo. Para a superação do medo, muitas vezes é necessário que as trabalhadoras ponham em latência suas necessidades imediatas para, então, suportar a passividade (MOLLINIER, 2004). Observa-se que, nesse contexto, a cultura e a formação da enfermagem marcadas pelo disciplinamento do corpo e pela regulação moral cristã contribuíram e ainda contribuem para a prescrição de corpos passivos.

Voltamos para a história de Lúcia e observamos que, no período a que se refere esse relato, ela ainda não havia estudado enfermagem. A passividade dela com relação às próprias emoções parece-nos bastante relacionada à pressão da falta de condições materiais, expressas pelo desemprego anterior e pela necessidade de trabalhar. Se, por um lado, esses aspectos também estão presentes no cotidiano das técnicas de enfermagem, o que se diferencia no caso acima é que Lúcia ainda não tinha acesso à formação, à cultura profissional da enfermagem e às condutas morais que se esperam dessas profissionais. Então, de forma semelhante à enfermagem, ela recorre a Deus, evidenciando um esforço pessoal na busca da *paz interior: ó Deus, se foi o Senhor que me deu essa porta, tira isso de mim porque eu preciso trabalhar!*

## 1. 4 Novas tessituras da rede familiar de Lúcia

### 1. 4.1 Autocontrole, dom da vida e opção pela maternidade

Depois de começar a trabalhar e de ter se casado, ficou evidente que Lúcia adquiriu maior autocontrole e autonomia. É importante perceber o seu movimento ascendente de classe, tomando como base, para a análise, a perspectiva sociocultural de classe de Bourdieu (2007). Esse movimento ascendente evidencia-se num maior grau de escolarização de Lúcia, quando comparado ao de seus pais, tias e primas; na transição de trabalhos mais precarizados, instáveis e sem exigência de qualificação escolar para o trabalho de enfermeira técnica, que exige certo conhecimento incorporado e oferece a estabilidade de um trabalho público concursado embora continue sendo precário. Evidencia-se também nos seus gostos e atitudes atuais: Lúcia, gosta de ler, ver filme, quer colocar teto de gesso na sua casa, gosta de comer no restaurante próximo do trabalho, compra salgados congelados.

Percebemos a importância da maternidade não só por ser este o motivo com o qual Lúcia justifica as suas escolhas, as mudanças e as delimitações na sua trajetória, mas também pelo longo tempo dedicado a falar sobre os partos das filhas. Nesses casos, Lúcia descreve sua relação com a maternidade tendo como base o planejamento e a autonomia de decidir sobre o próprio corpo. Toda essa noção de autonomia nos relatos está muito relacionada à ética salvacionista<sup>34</sup> e à relação direta com Deus e com o dom da vida.

Logo que começou a trabalhar, aos 16 anos, Lúcia conta que decidiu *viver, ver o mundo* e por isso saiu da igreja Pentecostal Deus é Amor. Quis descumprir as regras da igreja, que também eram as regras da sua família, e assim poder vestir calça comprida, cortar o cabelo, ter uma televisão. Mais tarde, ela contou que começou a namorar Vicente - que era católico - e engravidou.

Casados, Lúcia e Vicente passaram a frequentar a Igreja Pentecostal Deus Vivo. Ela justifica que eles mudaram de igreja principalmente porque na Deus Vivo era permitido fazer o planejamento familiar, prática que também a igreja católica proíbe, enfatizou.

*you learn to be dependent on God, when you are in the church, how much you are in the kingdom of God, you learn to be dependent on God. A person is not dependent on the habits of the people, the people is not dependent on anyone...and he is not, you are totally dependent on him (Lúcia).*

---

34 Própria das religiões pentecostais.

O parto da sua primeira filha foi prematuro e complicado, ao ponto de o médico avisar à família que precisaria *salvar* a menina ou a mãe. Lúcia contou-nos que foi graças à fé da sua mãe, que havia se convertido, que as duas - ela e a filha - ficaram bem.

*A de onze nasceu prematura de seis meses. Ficou trinta dias no CTI, lá no Santo André Neves, Neo Center. Nasceu com 1.480kg, eu tinha feito cesárea, então teve que ficar 15 dias depois: uma semana depois eu fui embora, então eu tinha que voltar todo dia de ônibus para ver ela, com a barriga toda costurada, aqueles ônibus pulavam... Quando vi ela pequenininha na incubadora, falei assim: “oh meu Deus...” Porque, quando eu fui para ganhar, o médico desenganou. O quê? Desenganou ela, porque minha bolsa rompeu com cinco meses de gestação, então comecei a perder líquido amniótico com 5 meses. Com 5 meses e pouquinho eu internei, fiquei 30 dias internada, só deitada e depois de 30 dias ela nasceu. Aí o médico tinha falado com meu marido: “olha, a menina não vai sobreviver, porque o pulmão não está formado, porque é prematura...mas você escolhe, ou é o menino ou a mãe, a gente vai tentar salvar uma das duas, mas a chance dela viver é muito pouca”. Aí meu marido foi e optou por mim, mas minha mãe falou assim: “Não, eu quero as duas!” Minha mãe é evangélica também, e acho que a fé ajuda muito, acho não, tenho certeza. Então ela nasceu e foi minha filha: forte, ficou internada uma vez para fazer uma cirurgia de adenóide, tem uma saúde de ferro, graças a Deus (Lúcia).*

No ano seguinte nasceu a Carol, cujo parto ela considera ter sido mais tranquilo, já que foi no tempo certo. Mas Lúcia conta que teve problemas, já que os médicos queriam fazer parto normal sem que ela tivesse *passagem*<sup>35</sup>. Então, questionando a ciência e reivindicando a autonomia com relação ao seu corpo, assinou um termo de responsabilidade e mudou de hospital para poder fazer o parto cesariano.

Na última gestação, tomou vacina contra rubéola e, diante disso, seu médico alertou-a que a criança teria 90% de chance de ser deficiente. Por essa razão, ambos, o médico e o marido, orientaram-na a abortar. Ela reforça que o marido deixou claro que se ela tivesse uma criança deficiente teria que cuidar sozinha dela, uma vez que não teriam condições para gerir essa situação. Por entender que o feto não tinha *culpa* da deficiência e que não seria justo abortar, Lúcia diz ter se apegado na sua fé. Ela conta que esse foi um dos períodos mais difíceis da sua vida, em que *pensava todo o tempo como seria a criança, o que faltaria nela, quais seriam as deficiências*, o que a deixou muito magoada com o marido também.

Mas o previsto pelos médicos não aconteceu. Ela contou, com alegria, que Isabela nasceu sem necessidades especiais e ela a considera a *obra mais perfeita de Deus: inteligente pra caramba, cheia de saúde, comunicativa*. A foto de Isabela, grande, fica na copa e é o único quadro da casa. Seis meses depois, Lúcia fez laqueadura de trompas.

Como já foi dito, logo que começou a trabalhar Lúcia decidiu ir *viver a vida*, afirmando-se como agente de vontades. Embora ela diga que aprendeu *tudo de errado* nesse tempo, nota-se uma atitude constante de Lúcia a partir daí: o autocontrole. Aos poucos, foi adquirindo disciplina para

---

35 Ter passagem significa ter dilatação suficiente para que a criança nasça de parto normal.

perseguir os seus desejos. Diferentemente da maior parte do seu tempo escolar, cheio de interrupções, ela passou a viver de forma mais constante as situações da vida: fez o curso técnico de enfermagem, seguiu fiel na mesma igreja, passou em dois concursos públicos, trabalhou nos mesmos lugares e, quando da realização deste trabalho, estava “tirando” carteira de habilitação para dirigir. Permeia esse modo de agir o movimento ascendente que Lúcia fez, em termos sociais.

Nota-se assim a motivação para a mudança de igreja. Segundo Lúcia, ela e o marido mudaram de igreja por causa da decisão de realizar o planejamento familiar, para poderem planejar a vida. *Isso é uma coisa que não está fazendo mal para ninguém, não está fazendo mal para mim. Eu tenho direito de planejar minha vida, então não vejo nada de mais.* A maternidade para ela não é essa grande desconhecida, como ainda é para muitas mulheres (BADINTER, 2011) e como foi para sua mãe<sup>36</sup>. Lúcia reflete sobre a questão e não encontra nela um único modo de afirmar-se como mulher, e a profissão tem um espaço muito importante nas suas narrativas. Veremos mais sobre a profissão no capítulo 3.

Ainda nessa direção, nas descrições sobre os partos das suas filhas, a autonomia de decidir sobre o próprio corpo aparece significada pela clássica visão sobre a maternidade, que remete ao dom da vida (BADINTER, 2011). Como diz Lúcia, ela não é dependente de ninguém, nem dela mesma, só de Deus. *Desenganar* a filha, dizer que ela teria *passagem* para nascer de parto normal - quando na sua percepção não teria - ou sugerir um aborto são descrições de Lúcia sobre as atitudes dos médicos durante as três vezes em que ficou grávida, atitudes com as quais o marido concordava<sup>37</sup>. Tais argumentos, por sua vez, interferem diretamente sobre suas decisões com relação ao seu corpo e à maternidade e, embora se mostrassem acompanhados de significados científicos, como Lúcia mesma descreve (*pulmão não formado, vacina de rubéola, etc.*), ela os contestou. A contestação, que tem como base um visão sobre a maternidade constituída pelo dom da vida, amparada pela fé, de modo contraditório, não amenizou a visão de Lúcia sobre “ter uma dívida” com as crianças. Nesse sentido, Lúcia fala das crianças de um modo parecido ao das mulheres que escolhem ter filhos/as, também para o seu próprio prazer (BADINTER, 2011) em geral aquelas com melhores condições econômicas e culturais. Essas mulheres, ao reconhecerem os filhos como uma escolha, se sentiriam mais responsáveis em cuidar deles. Embora no cotidiano de Lúcia haja pouco tempo para esse cuidado, ela demonstra essa percepção de cuidados com as filhas, relatando constantemente a importância delas para que seu trabalho se dê de uma ou de outra forma, ou a preocupação com os estudos delas, ou a necessidade de vigiá-las, ou prevenir que sejam abusadas, etc. Seu discurso com relação às filhas, em termos de dívidas, é o que nos leva ao próximo tópico,

---

36 Dona Elisa contou, sentindo-se culpada, que não sabia como se ganhava uma criança e por isso ficou em casa por volta de doze horas em trabalho de parto, até que o marido chegou e, alertado por uma vizinha, a levou no hospital.

37 Evidencia-se assim a dimensão emotiva *versus* racional da divisão emocional entre os sexos.

no qual percebemos o cotidiano das ações, que nem sempre expressam suas representações sobre o cuidado com elas.

#### 1. 4.2 Cuidados delegados

Como dissemos, Lúcia percebe a amplitude do trabalho na casa como decorrente da demanda das filhas e não se refere às demandas do marido, por exemplo. Contou, na ocasião em que nos apresentava a casa, que é difícil cuidar das três filhas pequenas e que elas fazem muita bagunça. No trabalho, sempre fala em telefonar para saber como estão as filhas. Ela conta que, quando decidiu que queria fazer o curso técnico, demorou para começar a estudar, já que as filhas estavam pequenas. *Enrolei um tempo [para fazer o curso técnico], enrolei não, estava com minhas meninas pequenas sabe e tive que priorizar outras coisas...*E, no relato que se segue, ela lembra também que saiu do emprego para estudar, já que não tinha condições de deixar as filhas até as 23 horas na casa das pessoas e ficar sem se encontrar com elas. *Não, porque eu tenho filha pequena, como vou sair daqui de dez horas da noite, estudar de manhã, vim da escola, pegar serviço, não vou ver minhas filhas.*

Lúcia percebe suas filhas como pessoas que precisam de cuidados. Mas agora, de modo semelhante à sua mãe, é ela quem precisa trabalhar, e então nota-se novamente a dinâmica do trabalho assalariado *versus* cuidados, organizada na perspectiva da delegação (HIRATA e KERGOAT, 2007). Nesse modelo, em que as mulheres não mais assumem as tarefas domésticas e familiares exclusivamente, por causa da sua inserção no trabalho assalariado elas têm a necessidade e os meios de delegar a outras mulheres essas tarefas.

Lúcia lembra que, assim que se casou, Thiago, seu irmão, que na época tinha sete anos, quis ir morar com ela, ao que nos parece, pela relação maternal que havia entre eles, já que Lúcia havia tomado conta dele desde pequeno.

*Quando eu casei ele pegou e subiu comigo para minha casa. A gente fez churrasco e tudo, aí eu peguei e dormi, tirei aquela roupa pesada, cansaço...No outro dia de manhã, quando abri a porta do quarto, a primeira pessoa que vi foi ele no sofá da sala. Nó! Partiu meu coração...Pensei assim: será que ele passou a noite sentado aqui? Ele era pequenininho, tinha 7 anos e...[depois de casada] morou comigo quase 4. Aí eu falei assim: Uai Tiaguinho, você não foi embora não?Ele falou: Não, estou te esperando, para gente voltar. Eu falei: Mas eu não vou voltar para casa amor, vou morar aqui. Então ele falou: Então vou morar aqui com você. (...) Aí eu descí, conversei... Só tem um filho homem, meu pai ficou assim...arrasado. Minha mãe também, só ele também de homem. (...) Aí ele ficou comigo até ele começar a (trabalhar) na Asprom com 15 anos. Aí ficou lá em casa, ensinei ele a fazer comida, ensinei a lavar vasilha, passar roupa. Meu marido chegava e brigava comigo: por que você fica ensinando o menino a fazer*

*essas coisas, serviço que é para você fazer! Eu falei assim, eu fico ensinando meu filho, para ele aprender a fazer com as próprias mãos, para quando a mulher meter o pé na bunda dele, ele não voltar para casa da minha mãe e ser independente. Meu marido é independente, ele morou sozinho uns anos então ele faz de tudo, eu falei: você sabe muito bem o que é isso. Então assim, meu irmão sabe cozinhar, sabe arrumar a casa como ninguém...melhor que minhas irmãs, sabe passar, sabe lavar, sabe fazer tudo...Hoje não faz de preguiça, mas antes fazia. Tudo que eu pude eu ensinei para ele, ensinei ser uma boa pessoa, ensinei ser um homem(Lúcia).*

Thiago ajudou-a a tomar conta das suas filhas e da sua casa. Mais tarde, ele saiu da casa de Lúcia e foi morar com Dona Elisa e o Sr. Cândido, quando passou a trabalhar de forma assalariada e, assim, podia ajudar aos que mais estavam precisando, contou Lúcia – revelando mais uma vez a teia familiar da obrigação. Ela disse que sente muito sua falta, mas que ainda hoje ele faz companhia para ela, principalmente quando o marido viaja.

Embora ela tenha criticado a sua mãe por ter colocado um homem para cuidar delas quando crianças, de modo semelhante a Dona Elisa, sua mãe, ela ensinou Thiago - como se fosse o filho mais velho - a cuidar da casa e das suas filhas. Esse fato remete-nos à condição de classe como importante na distinção dos cuidadores (TRONTO, 1993). Sem opções de outra mulher para ajudá-la em casa, Lúcia diz que ensinava Thiago a cuidar da casa, justificando que era para ele saber fazer com as próprias mãos quando não pudesse ter uma mulher para fazer isso por ele. Ainda nesse relato, ela conclui que o ensinou a ser uma boa pessoa, demonstrando significações positivas em torno dos trabalhos domésticos e de cuidado.

Como a casa de Lúcia e de Vicente também é no bairro Castanheiras, além de contar com a ajuda de Thiago, ela diz que pode contar com as outras irmãs que moram bem perto da sua casa. Notamos a presença constante da sua família na casa e na da Dona Elisa e do Sr. Cândido: elas dividem o quintal para estender roupa e dividem o cuidado com as crianças. A irmã, por exemplo, estava arrumando uma das filhas de Lúcia para a festa junina, junto com o filho dela. No outro dia, Vitória, filha de Lúcia, estava na casa de Dona Elisa sua mãe, no momento da entrevista, fomos servidas de café preparado por Vitória, de suco pelo genro da Dona Elisa, que não morava na casa, mas próximo. Como resumiu Lúcia, é uma família unida *seja para fazer churrasco ou para ir para o hospital*.

Quando suas filhas cresceram um pouco mais, Lúcia inaugurou uma nova fase de trabalho, já que se via com mais possibilidades de se ausentar da casa, entendendo que as filhas estavam cada vez menos dependentes da sua presença. Hoje Lúcia fica menos tempo em casa do que o marido, já que trabalha um turno a mais que ele: ela vai a sua casa em noites alternadas e, nos fins de semana, está presente na parte da manhã e da tarde. Mas, ainda assim, ela é a pessoa que organiza a manutenção da vida, a autoridade da casa: ela conta sobre preocupações de ver o dever de casa das

meninas, sobre pensar como elas vão para a creche e sobre como a sua mãe e suas tias a *ajudam* no cuidado com as filhas.

Apesar de estar mais tempo fora de casa, quando Lúcia narra sobre a delegação das tarefas para Vicente que, por vezes, também contribui com o cuidado das filhas, ela remete ao modelo tradicional de família, presente no seu imaginário. Sua fala também evidencia a falta de poder de delegar funções ao seu marido e a punição das crianças, não por estas terem negligenciado o cuidado umas das outras, mas como uma dimensão da aprendizagem, do autocuidado, *para poder aprender a ter responsabilidade*.

*Mas é porque a mãe fica mais presente. Então assim, pai chega de tarde, esta tudo pronto mas não sabe o que a mãe passou durante o dia, não sabe quantas vezes ela teve que chamar atenção durante o dia, quantas vezes ela teve que parar uma coisa para dar atenção pro filho, quantas vezes que ele machucou que ela teve que ir lá acudir, então assim...já está saturado...e ele espera chegar em casa e encontrar aquela mulher, linda, perfumada, doce, e a mulher está assim, com os nervo à flor da pele...e às vezes o primeiro que ela pega é ele. Eu sou assim...tem dia que estou estressadona ele chega, aí eu já olho para ele e ele fala: “Ah não meu amor, hoje pelo amor de Deus, não me xinga não.” Mas não é, boba, você não pode descarregar nos meninos, tem que dividir com alguém o stress. Eu acho que tem que dividir, que já que ele não está em casa o dia todo. Assim, o que [me] mata de raiva, estou aqui hoje, aí vou para Betim e volto amanhã à noite. Às vezes chego em casa, quando é 9h da noite e minha menina fala: “Mamãe, não fiz para casa”. Ou então me mostra o caderno dela com bilhete da professora que ela não fez o para casa. Gente, assim eu sempre fui uma boa aluna, nunca dei problema para minha mãe, nem pro meus...Eu falo assim, eu vou lá nas nuvens! Vicente, por que você não ensinou as meninas fazer para casa? Por que teve que esperar eu chegar gente?! Por que vocês não fizeram na creche? Elas ficam na creche, uma parte do dia...Falei: “não pode, não dou conta não” Aí vou, faço, ensino fazer o para casa, tem dia que tiro da cama 5h da manhã, se eu chego e vejo que não fez, eu falo é: mas amanhã cedinho vocês me pagam...tiro da cama, faço fazer o para casa, para poder aprender a ter responsabilidade (Lúcia).*

Lúcia e Vicente compartilham a manutenção econômica da casa, mas ela tem um salário melhor e faz sempre questão de deixar isso claro.

*Quando entrei para Betim [onde ela tem o outro trabalho, como técnica da ambulância], primeira coisa que fiz foi comprar um carro. **Você dirige?** Não, aliás eu dirijo mas não tenho carteira, mas eu sei dirigir, de vez em quando eu pego, eu não gosto, mas assim eu comprei porque eu acho que a gente trabalha, é direito da gente sabe...meu marido fala assim: ah, porque a prestação é cara... eu falo assim: meu amor, graças a Deus, Deus me deu dois emprego publico, não vou ser mandada embora então assim, uma prestação que eu posso arcar, não vai poder me mandar embora mesmo. Então eu pago, pago em dia, todo mês, faço um esforço para poder pagar IPTU, quando vem IPTU a gente quase morre...mas a gente tem que dar graça de ter conseguido. (Lúcia)*

Na família formada por Lúcia e Vicente, não distinguimos nitidamente a relação de autoridade da família/homem. Compreendemos que esta autoridade não depende somente da organização da família, fazendo parte de um todo social, que tende a legitimar essa função como masculina. Ao contar que, quando o marido viaja, o irmão vai para sua casa dormir com ela, Lúcia

dá pistas da relação de mediação do homem com o externo, mas tal fato é insuficiente para afirmarmos essa relação.

Tanto no discurso com relação às filhas, remetendo a uma visão de cuidados para com elas em termos de dívidas, como quando Lúcia traz lembranças do seu papel de mulher, mãe, na sua casa, ela parece narrar o cuidado das filhas de modo contraditório. Assim, como quem está atenta a uma perspectiva de maternidade mais centrada nos filhos - “primeiro os filhos!” -, novamente revigorada no imaginário social, como analisou Badinter (2011) Lúcia descreve um cotidiano próprio das mulheres “modernas”, sempre apressadas, conciliando bem ou mal as exigências profissionais e familiares.

### 1.4.3 Fronteiras entre estar bem e poder competir

Lúcia demonstra perceber que, hoje, as filhas estão menos dependentes<sup>38</sup> da sua presença em casa, mas ela entende que vão permanecer dependentes no futuro. Ela diz que pensa em fazer um curso superior, já que, quando as meninas ficarem mais velhas, elas vão precisar mais dela, referindo-se ao custeio dos estudos.

*E assim minha filha, vou tentando: meto a cara no concurso. Minha intenção é agora, não, porque minhas filhas tão pequenas e elas dependem muito de mim, mas quando eles tiverem maior vou fazer um curso superior, faculdade, para ver se a gente melhora a condição de vida da gente, ter uma aposentadoria mais tranquila, para descansar um pouco mais depois. Porque filho a gente sabe que é para vida toda, eles vão ficando maior e vão ficando mais independente, então a gente de certa forma fica mais tranquilo, pelo menos eu espero. (Lúcia)*

Constantemente, ao se referir às filhas, Lúcia lembra-se dos estudos:

*Eu vejo que isso perde um pouquinho, minhas filhas por exemplo, às vezes eu fico observando elas...é televisão, computador, e às vezes eu compro um livro de presente, elas não lêem, não têm o hábito de ler, sabe? Eu falo: “Gente, vocês têm que ler!” A mais velha até que ainda tem, mas as outras duas não. Falo assim: “Gente, é lendo que a gente aprende a estudar, aprende a escrever a palavra certa, continua...você tem que saber ler para saber o que a equação está te pedindo. Se vocês não souberem ler, você não sabem fazer nada, você tem que ter o hábito de leitura, tem que saber ler pra vocês aprender”. Pego no pé delas, compro livro, à noite às vezes eu tomo leitura delas, mas não é aquela coisa espontânea, igual às vezes eu pegava e ficava a noite toda lendo, aquela leitura, eu viajava...iiii, viajava para tudo quanto é lugar, tudo quanto é cenário do livro...minha mãe comprava e trocava com minha tia, minha tia também lê, ficava uma trocando com a outra. (Lúcia)*

---

38 Nessas histórias, a dependência da mãe biológica parece estar estritamente relacionada às necessidades também biológicas das crianças, como amamentar, trocar fraldas, etc.

Embora Lúcia não esteja desenvolvendo ações de cuidado próxima das crianças, no cotidiano, as suas motivações com relação a trabalhar “fora” estão sempre muito vinculadas às filhas, seja para continuar no trabalho sem estudar, para sair do trabalho que não lhe permite vê-las ou para pensar em qualificar-se mais de modo a garantir-lhes a possibilidade de estudar. A visão de Lúcia sobre o trabalho reflete a ética do cuidado, na medida em que ela se volta para as relações familiares e para a responsabilidade com o cuidado das filhas, mesmo que a distância.

Nota-se que as preocupações de cuidados com as filhas estão sobretudo vinculadas à relação escola-trabalho. Decerto, a escola representa uma possibilidade de ascensão social, como mostram os estudos sobre escola e trabalho das mulheres (DURU-BELLAT, 1990). Mas também é verdade, que se tem exigido mais qualificação para trabalhos mais precários, quebrando-se a relação entre educação-trabalho digno. Fato é que, em uma sociedade competitiva, cuidar bem dos próprios filhos pode significar garantir-lhes uma vantagem competitiva contra outras crianças. Lúcia, por exemplo, conta que havia colocado Vitória na escola de balé da Fundação Clóvis Salgado, a qual, embora seja uma escola pública, é muito pouco conhecida e reconhecida como um espaço a ser ocupado pelas pessoas das classes populares. Lúcia me mostrou fotos de Vitória no balé e explicou como ela acabou se desenvolvendo bem mais que as colegas da escola e da creche. Ela se mostrava orgulhosa da sua atitude de cuidado que se afirma ainda positiva, haja vista o sucesso da filha diante das outras crianças.

No que concerne ao cuidado dos/as filhos/as, a ética do cuidado - pensada de forma restrita ao âmbito das relações familiares - é problematizada por Tronto (2002). Para a autora, ao nos preocupamos com o cuidado, constantemente não o pensamos como uma relação da sociedade, para além dos nossos familiares e suas necessidades concretas e particulares. Desta forma, o cuidado valorizado dentro do quadro competitivo, bem como restrito à família, torna-se uma forma inimiga da igualdade de oportunidades (TRONTO, 2002). Segundo a autora (2002, p.1): “Porque nós não pensamos tipicamente o cuidado em quaisquer condições, que não sejam no íntimo e pessoal, é que geralmente traduzimos este valor em modelos pré-existentes de família cuidadoras.”

## 2 Rosa

Nosso primeiro encontro com Rosa se deu quando ela estava escalada para trabalhar na farmácia da unidade de saúde. Rosa, nesse dia, usava maquiagem discreta, tinha bochechas rosadas, brincos de pérola, vestia calça jeans bem justa e um tênis baixo colorido. Cheirava a fogão a lenha. Os gestos de Rosa não eram delicados. Quando entramos na farmácia e perguntamos se podíamos acompanhá-la, ela olhou para trás e respondeu que sim com a cabeça, olhando firme. Estava sentada na cadeira com o corpo escorado e com um olhar que parecia desdenhar a nossa presença e nos intimidar. Na farmácia, Rosa cantava música *soul* em inglês - acompanhando o som do rádio de Rita, que é a funcionária mais constante desse setor – enquanto entregava os remédios para as pessoas que estavam do outro lado das grades da janela. Em tom mais alto que o som do rádio, após ela pegar os remédios, sempre comentava algo: *Uai, Dona Jandira, não melhorou a infecção ainda não? Já teve que renovar a receita, Beth?*

Rosa tem 45 anos e, aos 20, ficou grávida de Tereza. Atualmente, elas moram juntas com Arthur, seu neto, que tem dez anos. Nesse dia, Tereza veio encontrar-se com ela ao final do expediente, para voltarem juntas para casa. Percebemos que essa era a rotina das duas enquanto caminhávamos junto delas para o ponto de ônibus. Na ocasião, Tereza explicou que trabalhava como técnica de enfermagem em outra unidade de saúde próxima. Reagimos com surpresa diante da semelhança da profissão delas, ao que Rosa comentou: *E isso não é nada!* [risos] *Lá em casa somos oito enfermeiras*, explicando que não só ela e Tereza, mas também quatro das suas cinco irmãs e duas sobrinhas fizeram o curso técnico de enfermagem. Ela também disse que duas das irmãs, mais tarde, fizeram o curso superior, acrescentando: *meu sonho*.

Dias depois, convidamos Rosa para participar da pesquisa e ela respondeu que iria pensar. No encontro seguinte, porém, justificou que não gostaria de participar e, bastante desconfortável, completou que não queria *ter um fim* como técnica de enfermagem. Perguntamos a Rosa se ela já tinha tentado fazer o curso superior e ela explicou que fez o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), mas não passou. Ela não sabia explicar se havia se inscrito em alguma faculdade, se tentou usar o auxílio de algum programa do governo, etc. Oferecemos ajuda, caso ela precisasse se informar com relação a outros vestibulares, ENEM, Programa Universidade para Todos (PROUNI), faculdades, etc. Por volta de um mês depois, Rosa nos procurou pedindo informações sobre o vestibular e sobre como usar o ENEM. Estava preparada para a pergunta e trazia na mão os resultados anteriores, dados pessoais, senha. Ajudamos a fazer sua inscrição no Pro Uni e ela passou no vestibular para o curso de enfermagem, com um desconto que tornava o curso possível. Mais animada com esse “fim” que agora também é um começo, Rosa nos procurou depois, contando da

matrícula, do curso e disse que, agora sim, queria contar sua história.

A história de vida de Rosa é uma história intimamente ligada à enfermagem. Todos os relatos dela, das irmãs e da filha foram repletos de histórias da enfermagem, de doenças e de hospitais. Mesmo a enfermagem tendo ocupado quase três quartos da sua vida, sempre nos perguntávamos se tantos relatos assim se relacionavam ao fato de não termos colocado bem a questão da pesquisa, que era compreender o cuidado para além da enfermagem. No decorrer das entrevistas, entendemos que essa era a esfera predominante e constitutiva da vida na família, como observou Tereza: *desde nova é só se juntarem que fica todo mundo falando de enfermagem*.

## 2.1 Infância: transmissão de saberes e aprendizagem de cuidados

### 2.1.2 Reciprocidade e poder

Rosa relatou logo no início da primeira entrevista ter tido uma *vida difícil*, mas essa dificuldade não transparecia no seu humor timidamente descontraído, com exceção de certo estranhamento no primeiro encontro e tampouco se refletia diretamente nas suas narrativas, as quais percebemos como sendo bastante lúdicas e alegres.

Rosa foi moradora do aglomerado do Sol durante grande parte da sua vida e se mudou de lá aos 20 anos, quando se casou. Ela conta que seus pais vieram do interior e foram uns dos primeiros moradores do aglomerado: o Sr. José, seu pai, tinha ensino médio completo e, por isso, tornou-se o único motorista de ônibus da favela; Dona Maria, sua mãe, sempre trabalhou em “casa de família”: *uma pessoa muito boa*, diz Rosa, orgulhosa de ambos. Rosa, o Sr. José e Dona Maria, juntos com seus irmãos de sangue, irmãos *no papel*, irmãos transitórios *de coração* e outros parentes e vizinhos, formaram uma numerosa família, cuja noção de grupo foi tecida pela rede de **obrigações e responsabilidades** de uns com os outros. Na família de Rosa, a responsabilidade de uns com os outros dá o tom do trabalho na casa, o qual, embora seja marcado pela condição de classe e gênero, aparece de forma distinta do trabalho-castigo vivenciado por crianças como Lúcia.

Na sua história observamos a constante possibilidade de que alguém se tornasse parte da família ou dela se desvinculasse, embora o último caso fosse raro, só aconteceu com dois irmãos que foram tentar a vida em São Paulo dos quais não se tem mais notícias. Durante a infância e juventude, Rosa diz que morava com suas cinco irmãs e seus três irmãos consanguíneos e também outros dois ou três irmãos adotados *no papel*, dada a plasticidade da família, ela e as irmãs não conseguem descrever precisamente quantos irmãos. Essas eram as pessoas mais constantes na casa, já que sua mãe costumava acolher crianças e jovens, que ficavam morando na casa por algum

tempo. Em alguns momentos, segundo Rosa, ela chegou a ter 20 irmãos *de coração*.

Uma característica particular das irmãs de Rosa era o fato de elas serem moças que *se perderam*<sup>39</sup> e foram adotadas por sua família, ficando lá até que arrumassem um noivo e se casassem. Esse costume rendeu a sua mãe o apelido de Maria Casamenteira.

*Mãe era aquela pessoa assim...Caridosa. Se ia casar uma moça como antigamente, então, ela pegava lá de casa lençol, toalha...Uma muda de cada um e fazia um enxoval. A maioria dos casamentos saíam lá de casa. No caso, quando os pais escorraçavam as moças de casa, porque antigamente usava, ela adotava...“Não, vem para cá.” Isso era até o casamento, e ela arrumava o casamento. Ela tinha o apelido de Maria Casamenteira. Porque todas as moças que se perdiam, iam parar lá em casa... Ou porque os pais não queriam ou porque os pais pediam ajuda para fazer o casamento (Rosa).*

Junto com as irmãs e com os irmãos, Rosa trabalhava para manter a casa. Como autoridade da casa, era sua mãe quem organizava o trabalho doméstico e de cuidados. Selma, irmã de Rosa, lembrou que a mãe delas sempre se preocupou com o fato de que as crianças pudessem brincar, e não trabalhar. Mesmo tendo que trabalhar, tinham uma hora específica para fazê-lo. *Liberdade com responsabilidade, porque para minha mãe tinha hora de trabalhar*. Selma conta sobre sua família de pobres, “como um espelho”, comparando-a à condição do outro, o rico.

*Porque a gente tinha tudo, não faltava nada. Ela sabia dividir tudo no mês inteiro. Nunca faltou nada. E tinha de tudo, de tudo mesmo. Nós tínhamos telefone, geladeira, televisão... Então, a gente tinha uma casa que o rico tinha e a gente também tinha nessa época e já era mais difícil. A gente brincava muito...Era muito menino, uma meninada danada! E mais os dos vizinhos e a minha mãe deixava a gente brincar mesmo...Não tinha esse negócio da gente trabalhar não. Nós passamos a trabalhar na hora que precisou (Selma).*

Nos relatos sobre o trabalho na infância de Rosa é possível perceber a divisão do trabalho com relação à geração e sexo. As irmãs mais velhas de Rosa tomavam conta dela e dos/as mais novos/as. Como parte de uma contradição própria das novas formas de divisão sexual do trabalho, do “modelo de delegação”, elas cuidavam dos irmãos para que sua mãe pudesse trabalhar em “casa de família”. Já Rosa, como filha mais nova, tinha a tarefa de pegar a água do chafariz, atividade que, embora se relacione com os afazeres domésticos, é tipicamente relacionada ao masculino.

*Nesse tempo, na casa onde a gente morava, não tinha água própria, então eu era responsável por manter a água da casa. Eu tinha que pegar a água do chafariz e manter a água. Minha irmã mais velha mantinha a casa. Comida e roupa era ela que lavava. Ela fazia comida e a roupa, e olhava os outros menores. Aí, à medida que foram crescendo, ia ajudando, e a mãe ia dividindo as atividades, e logo depois a gente estudava normalmente (Rosa).*

---

39 A expressão *se perder* se refere às mulheres que tinham relações sexuais antes do casamento, tornando-se mal vistas pela comunidade, o que faziam com que não fossem consideradas moças apropriadas para casar. Tal expressão não fazia parte de um campo semântico conhecido por mim e foi interessante conhecê-la em um dos nossos encontros de orientação. Evidencia-se como, também o trabalho do mestrado, encerra uma relação com todas as suas complexidades, como as geracionais, desafios e riquezas.

*Lá em casa mãe que era cozinheira...E ela ensinou para todo mundo, só que umas não tem muito jeito...Rosa na cozinha não tem muito jeito. Alguma coisa ela faz. Célia também não tem, não leva jeito...Então são poucas que têm jeito para cozinha. É mais as mais velhas, né? Os mais velhos têm jeito para tudo (Sandra).*

A palavra trabalho só aparece na fala de Rosa, de Selma e Sandra, suas irmãs, relacionada ao trabalho assalariado. Tal fato remete a uma naturalização das atividades no âmbito familiar, relacionada não só à organização de gênero na nossa sociedade, como também à organização de classe. Neste caso, Tânia Dauster (1992) notou que o trabalho das crianças nas classes populares - dividido de forma sexista - compõe o vocabulário das trocas e das obrigações familiares, sendo este naturalizado na medida em que as necessidades da família são transmitidas como reciprocidade.

Ainda que na história de Lúcia a noção de família seja delimitada pela responsabilidade de uns com os outros, notamos que a noção de reciprocidade não significa o trabalho. Este é significado pela noção de trabalho-castigo (MARTINS, 1993) e revela uma dimensão aguda da violência. Nesse sentido, voltamos à história de Rosa, para destacar que, diferentemente da história de Lúcia, na qual o trabalho doméstico e de cuidados está definitivamente associado ao trabalho-castigo na infância narrada aqui o trabalho doméstico e de cuidados parece expressar o caráter comunitário da vida, uma das dimensões notadas por Martins (1993) no que concerne ao trabalho das crianças nas famílias moradoras no campo.

E, como parte desses sistemas de organização, o trabalho na infância configura modos de vida, significados, valores, que são importantes de serem conhecidos, sobretudo para o que se propõe neste estudo.

A agente central da aprendizagem do cuidado na esfera familiar de Rosa é a sua mãe Dona Maria, por isso uma atenção especial será dada a ela, como também foi dada pelas entrevistadas. *O café dela era muito grande...* diz Rosa. Dona Maria era casamenteira, parteira, cuidadora. Como dissemos, todas as entrevistadas se referiram incessantemente a ela, sobretudo associando-a à caridade, ao cuidado [signos sagrados] e também à liberdade, à dança [signos profanos]. Suas descrições se assemelham muito à personagem da bruxa, como analisou Paola Zordan (2005)<sup>40</sup>, que é, ao mesmo tempo, a mulher que glorifica e que execra.

Seus aspectos noturnos, funestos e lunares afastam-na das racionalidades. Parece difícil concebermos a bruxa como um personagem conceitual, pois seu devir não faz parte de uma filosofia, mas frui de sentimentos, percepções, intensidade pura de um corpo que sofre e goza. Sua existência histórica se deve à poesia clássica e ao direito canônico, literatura e retórica, fontes documentais que registram a bruxa como elemento lendário e ao mesmo tempo vívido para muitas sociedades. (...) Senhora dos descontroles, a bruxa guarda, sob os panos, truques que servem para confundir, embaçar e atralhar a razão, fazer com que os cursos do pensamento sejam deslocados (ZORDAN, 2005, p.338).

---

40 A autora analisou a obra de Jules Michelet e o manual de inquisidores do século XIV, o *Malleus Maleficarum*.

Rosa diz que sua mãe era uma pessoa muito bondosa e sábia. Ela tinha mania de adotar filho dos outros, sobretudo as mulheres que se perdiam. Todas/os da família também as recebiam bem na casa, mas Rosa ressalta: quem era boa era minha mãe mesmo. Ela lembra que seu pai ainda hoje fala: Minha função era trabalhar e pôr dentro de casa o que ela dá para os outros...[Risos] Eu sou pobre por culpa dela.

A casa de Rosa então era cheia de filhas mulheres, a maioria delas transitórias. Rosa explica que seu pai não gostava que as meninas saíssem de casa, mas que sua mãe permitia embora sempre organizasse bailes na casa delas. *Nós podíamos chamar nossos amigos e ela ficava mais tranquila. Ela só piscava para gente... “Esse presta, esse não presta.”*[Risos]. Os tratos de Dona Maria com as filhas demonstram truques para confundir, embaçar e atrapalhar a razão, como descreveu Zordan (2005) sobre as bruxas. Ou, noutra perspectiva, eles demonstram uma tendência a conservar as relações, incluindo no seu juízo outros pontos de vista, manifestando-se numa aparente confusão de idéias relativizáveis, própria da ética do cuidado, como elucidada por Gilligan (1997).

É interessante notar que o cuidado com as filhas, embora se manifeste conservando as relações mais próximas, não demonstra ter uma perspectiva totalmente passiva e conservadora e subverte questões colocadas nas proibições do Sr. José, como, por exemplo, a paquera, a dança, apesar de não ultrapassar os limites possíveis e estabelecidos pela hierarquia de autoridades entre casa e família.

Se, por um lado, era o Sr. José quem autorizava as relações da família com o externo, como guardião da moral, por outro Dona Maria conseguia trazer o público para o privado, num movimento que permitia a ela controlar a situação e aumentar o alcance da sua autoridade. Nesse sentido, Rosa tende pensar a autoridade exercida por Dona Maria como a única autoridade: *Meu pai era só: “Sim senhora.” A gente pedia para sair, ia em pai e ele: “Fala com sua mãe.”* [Risos]. Mas lembra que seu pai não gostava que ela dançasse *brau*<sup>41</sup> ou jogasse capoeira, remetendo à autoridade desse pai sobre a família, típica de quem é o responsável pela moralidade desta.

Posto isso, observamos que “burlar” a autoridade masculina trazendo as demandas para dentro da casa, do privado, não é algo simples. As relações de autoridade casa/família fazem parte de uma organização de gênero da sociedade, ou seja, provavelmente não só o Sr. José manifestar-se-ia sobre as atitudes da esposa. Sabe-se que as mulheres desviantes das normas de gênero são julgadas pela comunidade, como outrora, no caso das bruxas e também como no caso das filhas adotadas por Dona Maria. Uma pista para compreender as ousadias de Dona Maria é o poder conquistado por ela no âmbito público, da comunidade, poder esse que está associado ao cuidado. Contraditoriamente, as práticas descritas acima relacionam-se à feminilidade e ao sagrado.

---

41 Braus foram jovens negros da periferia que reinventam uma visualidade/corporalidade negra a partir de releituras da cultura soul norte-americana, inspirados em James Brown (PINHO, 2005).

Certo tipo de conhecimento de origem camponesa, com suas práticas e crenças que delineavam modos de tratar doenças e lidar com as situações-limite da existência (nascimento, acasalamento, geração, morte) (...). Banhos, práticas de limpeza e medicina caseiros também causavam suspeitas de bruxaria. Rompendo leis que certamente ignoravam, as bruxas encarnam tudo o que é rebelde, indomável e instintivo nas mulheres. Tudo aquilo que, nesse tipo de sociedade, demanda severas punições para que o feminino ‘selvagem’ se dobre ao masculino ‘civilizado’ (ZORDAN, 2005, 338-339).

Rosa contou que a sua mãe não podia ver ninguém doente que logo ia cuidar, e realçou que ela as levava junto para ajudar no trabalho. Tereza, filha de Rosa, também disse que sua avó até fazia partos, mas explicou que sobre isso ninguém falava muito, já que não era permitido, sem querer se estender sobre o tema. Rosa seguiu contando que sua mãe, embora fosse católica, *não era tão religiosa* e, ainda assim, de vez em quando, benzia uma criança, filha de um casal de *hippies*.

*Tinha um casal lá de hippie que gostava muito dela, e quando o menininho dela tinha qualquer coisa, ela levava para benzer e minha mãe benzia e dava certo. Ela falou que nunca falou com eles que benzia não. Eles é que cismaram que ela benzia. [Risos] Eles falavam que ela sabia benzer, e ela sabia fazer mesmo... A fé move montanhas...(Rosa)*

Perguntamos se a mãe as benzia também e ela disse que não, mas lembrou como era tratada a doença na sua casa:

*Doença lá em casa era fundamental. Se estivesse doente eram outros quinhentos... Você era tratada como rainha, mas na hora que você sara mudava tudo... [Risos] Ai muda, ai não ia nem trabalhar, ficava só deitado... Tudo era na mão. A gente tomava chá. Mãe nos dava chá de guaco, de folha de laranja, chá de limão...São as que tinha lá...(Rosa)*

Observa-se nesse sentido a aprendizagem de cuidado por parte de Rosa e também a importância dada ao saber sobre cuidado dominado por sua família. Numa dimensão mais ampla, esse saber confere poder às cuidadoras, o qual se manifesta como capital simbólico, das trocas, como lembra Rosa: *Minha mãe era madrinha de batismo ou de casamento de quase todo mundo. Quando ela ficou no hospital, tínhamos que fazer dois a três batizados no lugar dela.* Rosa lembra que, nesse tempo, era muito difícil atendimento para cuidar da saúde, remetendo ao atendimento hoje.

*Uma que acesso a médico veio a melhorar de uns 25 anos para cá. Você não tinha muito acesso. Se você levava ao INPS, você tinha aquelas carteirinhas para levar ao INPS. A fila virava, então, se adoecia e via que era uma coisa comum, fazia um chá mesmo. Não tinha posto de saúde igual tem hoje, não. **É mesmo...** Hoje em dia a pessoa pode até reclamar do serviço, mas nós estamos no céu. Ainda tem muita coisa a desejar, porque nem Deus agradou a todos... Se fosse uns tempos atrás, e olha que eu era pequena e eu lembro que a gente ia para o INPS de madrugada... Eu não me lembro aonde, mas eles falam que é... Não sei se é Caetés, não lembro mais a rua, mas a fila virava o quarteirão, e dava senha. Se você não pegasse a senha, você tinha que chegar as quatro da manhã para você consultar. Eu era pequena, mas eu lembro. A gente ficava na fila, daí eles chamavam (Rosa).*

A dimensão social do saber de cuidados quando relacionado à doença, ao “cuidado

necessário”, sobretudo num contexto de falta de assistência, é evidentemente importante na consolidação das trocas. Assim, se numa perspectiva mais ampla, macrossocial, as práticas de cuidado, sem dúvidas, são atribuídas aos subalternizados e também significam a própria subalternidade (TRONTO, 2002), num âmbito mais particular, microssocial – especialmente quando não se pode “comprar” o cuidado ou mesmo tê-lo garantido pelo Estado -, as práticas de cuidado constituem poder diante do outro.

O tipo de relação de cuidado estabelecida pela família de Rosa com a comunidade é cada vez mais escasso, dada a institucionalização dessas práticas por meio da própria Estratégia de Saúde da Família ou a mercantilização destas. Assim, a aprendizagem de Rosa diz-nos sobre o cuidado que caracteriza um modo de sobrevivência próprio de um tempo. Como destacou Walldow (2010), a sociedade agora é mais competitiva e o ser humano mais individualista, e a noção de bem-estar se tornou via de regra “ter”, não importa a que custo, inclusive no que diz respeito a saúde: as práticas de solidariedade e trocas comunitárias estão cada vez mais restrita.

## **2.2 Juventude: contexto escolar e trabalho**

### **2.2.1 De cuidada à cuidadora: feminilidade?**

*Todas nós estudamos em escola pública*, explica Rosa ao iniciar relatos do seu tempo escolar, no qual predominam tempos cronológicos demarcados pela inserção na enfermagem, casamento e maternidade. A despeito disso, sua trajetória, as motivações e os significados construídos em torno da escola são marcados pela condição de classe. Rosa era pobre e por isso estudou na escola dos pobres. Ela explica que, na favela onde moravam, havia duas escolas: uma mais próxima do bairro rico e a outra onde só tinha *mato*. Contou-nos que só algumas das suas irmãs conseguiram estudar, já nas primeiras séries, na escola próxima do bairro rico - já que esta era uma escola boa e de difícil acesso. Ela mesmo conseguiu estudar lá só depois de *adulta*, explica.

*Era ali [explica onde ficava a escola]. A gente tinha que atravessar um córrego que tem ali. Eu não sei se você já viu...Hoje tem uma ponte, a gente atravessava era nas pedras para ir para a escola. Uns caíam na água e chegavam molhados.[Risos] Era muito bom! Um bocado estudou no Darci Ribeiro porque lá era difícil de entrar. Tempos atrás não era fácil. Por quê? Porque quando tem uma escola que é boa, aí as pessoas que têm melhores condições querem que seus filhos estudem lá. Para a gente mesmo que precisava, a gente não conseguia. Eu, por exemplo, eu fui estudar lá quando fui fazer o ensino fundamental [referindo-se da sexta série em diante]... Eu já era adulta porque mais nova eu não consegui não. Tinha o Parque das Mangabeiras onde nós brincávamos muito, só que não era parque, era mato... Era muito bom. (Rosa)*

Rosa relata as coisas boas de estudar num lugar com mato e as diversões próprias da infância. Aliás, destaca-se em toda a sua narrativa - como já dissemos - a capacidade de descrever as alegrias, as coisas boas da sua vida. Apesar da relação com o lugar, ela conta sobre a escola como quem não está no lugar desejado, ocupado pelos ricos. Nesse sentido, a escola também influencia na constituição de Rosa “como um espelho” (SARTI, 2005), percebendo a si mesma não só como “eu”, mas também como o “outro”, condição da existência do “eu”. Assim, ela descreve as contradições de precisar estudar numa escola boa já que era privada de condições objetivas da vida, ao contrário dos ricos.

Voltamos à problematização do cuidado associado a escolaridade e competitividade. Como notou Tronto (1993), se olharmos para as relações de gênero, classe e raça, percebemos que aqueles que estão nas posições mais inferiorizadas na sociedade fazem o trabalho de cuidado, enquanto os que detêm poder usam sua posição de superioridade para demandar o cuidado dos outros. Também nesse sentido, a boa escola como um lugar de cuidados, é demandada pelos ricos.

Na sua narrativa do tempo escolar tampouco percebemos a falta de controle desse tempo por imposição de uma organização de gênero que acabava excluindo as mulheres da escola. Na sua família havia incentivo para a escolarização das filhas, sobretudo por parte da mãe, sendo o tempo de trabalho doméstico e o lazer rigidamente controlado de modo a levar em conta as questões escolares. O trabalho assalariado ou exacerbado na infância, como vimos, é significado nessa família como negativo e como falta de opção.

Por volta dos 14 anos é que Rosa e suas irmãs passam a trabalhar, as mais velhas começaram um pouco mais cedo. Rosa não percebe sua condição como negativa, mas, ao contrário, como um privilégio diante da inserção ainda mais precoce no trabalho das irmãs e das pessoas da comunidade. A inserção no trabalho é o que vai contribuir para que Rosa vivencie ao seu modo a condição juvenil e sua construção de identidade. Essa condição reforça a afirmação de Juarez Dayrell (2007) de que, no Brasil, a condição juvenil é possível de ser vivenciada quando os jovens trabalham e podem, desse modo, garantir o mínimo de recursos para o lazer, o namoro ou o consumo.

Rosa conta que estudou até a sexta série e *parou*, para fazer o curso de Atendente de Enfermagem<sup>42</sup> na Casa da Fé. Logo que fez o curso, ela continuou empregada na Casa da Fé. Já que a escola não era mais uma exigência do curso de atendente, justifica que quis sair da escola, revelando a escolarização como restrita à instrumentalização para o trabalho. Ao se afirmar como

---

42 A formação de atendentes de enfermagem atendia uma demanda própria do Brasil. A princípio, em 1923, o ensino de enfermagem era totalmente voltado para formar enfermeiras de “alto padrão”, como preconizado pela enfermagem *nightingaleana*. Tratava-se de um ensino do 1o ciclo (exigência da 4a série do ensino básico) e que fosse aproveitada a denominação já corrente de ‘auxiliar de enfermagem’ (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

cuidadora, profissionalmente, um trabalho feminilizado, constituído e possível “constituente das feminilidades”, contraditoriamente Rosa adquire autonomia para afirmar seus gostos, considerados pela sua família e pelos modelos da sociedade como propriamente masculinos.

*Então, antigamente, ainda se tinha aquela cabeça... “Vai virar homem, não sei o quê...” Eu gostava era de jogar bola. Era de brincadeira de menino mesmo que eu gostava, e assim como eu gosto até hoje. Então, [depois de trabalhar] eu passei a dançar nas rodas de brau...Eu entrava com chicletes na boca...[Risos] Igual aqueles Brau! [Risos] E o mais gostoso que eu acho assim... Meu neto ter me puxado mesmo. **Por quê? Ele gosta? Nô! Põe um brau...Ele adora!***

Também para Dayrell (2007), na juventude, o mundo da cultura aparece como um espaço privilegiado de práticas e símbolos, na qual os jovens buscam demarcar uma identidade juvenil, sobretudo longe dos pais, embora tendo-os como referência. Nesse sentido, a cultura *soul* e mais especificamente a figura do *brau* parecem demarcar um espaço importante na constituição das representações, no modo de agir e ser de Rosa.

Ao estudar os jovens como parte da família, Sarti (2004, p.18) observou que nestas, crescer, significa poder relativizar as referências familiares

desnaturalizando-as, o que permite o processo de singularização, tanto das famílias frente aos modelos, quanto do sujeito diante das imposições familiares. Esse processo atualiza-se permanentemente ao longo da vida, o que implica que, tratando-se de relações familiares, haja sempre o que fazer...Um mau começo dificulta a vida adulta, mas não impede o “crescimento” – entendido não verticalmente, mas horizontalmente, como mudanças de lugares –, se novas possibilidades se abrirem no caminho.

Sabe-se que a “personagem do brau”, como descreve Pinho (2005), é bem conhecida como um homem jovem, quase sempre negro, vestido de forma ‘aberrante’, com modos e gestos agressivos. É uma manifestação da classe e do gênero (PINHO, 2005) e, nesse sentido, também faz com que relativizemos a construção das “feminilidades” próprias do trabalho de cuidado, na trajetória de vida de Rosa, compreendendo-a para além do ideal tipo cuidadora, com suas pluralidades e contradições.

### 2.2.2 Entre doméstica, técnica de enfermagem e enfermeira

Como vimos, a princípio Rosa não quis nos dizer sobre as lembranças da sua vida, considerando que a única possibilidade era finalizar suas narrativas no ponto máximo que conseguira alcançar dos seus objetivos, que era ser técnica de enfermagem. Ser técnica de enfermagem é percebido como algo positivo na família de Rosa, sobretudo na medida em que é significado como negação do trabalho doméstico. Ao mesmo tempo, ser técnica de enfermagem é significado de forma negativa por ela, uma vez que, na própria afirmação da profissão, está contido “o outro” que constitui a enfermagem, que é a enfermeira de nível superior. Nesse sentido, Rosa se afirma como técnica negando e dialeticamente afirmando o trabalho de doméstica e de enfermeira.

Tanto o trabalho doméstico, como a enfermagem de nível médio e de nível superior são ocupações que dizem respeito às atividades de cuidado e que são desvalorizadas na nossa sociedade. Essa diferenciação (trabalhos de mulheres) e desvalorização constitui e é constituída pelos princípios da divisão sexual do trabalho na sociedades ocidentais e tem como justificativa uma suposta natureza da mulher (HIRATA e KERGOAT, 2007). Os trabalhos das mulheres são tidos como distantes da razão e da cultura e mais próximos do instinto, da natureza.

Nota-se porém que, mesmo entre os trabalhos tidos como femininos, existe uma hierarquização. Observa-se uma desvalorização progressiva entre as atividades de cuidado da enfermagem de nível superior, da enfermagem técnica e das atividades de cuidado no âmbito do trabalho doméstico. Essa diferença certamente está relacionada às condições objetivas de trabalho, à qualificação escolar, mas isso não parece explicar tudo. Os trabalhos das mulheres pobres são aqueles não só desvalorizados objetivamente mas também simbolicamente, por estarem ainda mais próximos do corpo, das secreções incontroláveis, de uma natureza orgânica e mais distantes do trabalho que legitimado na nossa sociedade como trabalho necessário.

Rosa nos contou que ser enfermeira é *um sonho*, um sonho que, por sua vez, é muito próximo dos projetos da família, já que as suas duas irmãs mais velhas fizeram o curso de enfermagem depois de um tempo atuando como técnicas. Como vimos, a trajetória escolar de Rosa foi bastante inconstante. Ela terminou o curso de atendente, parou de estudar, depois decidiu voltar e levou por volta de quinze anos para terminar o Ensino Médio e fazer o curso de auxiliar e o curso técnico de enfermagem, o que significa o dobro de tempo se pensarmos em temporalidades escolares regulares. Durante esses anos, nunca parou de trabalhar como enfermeira atendente, casou-se e também teve uma filha. Ela lembra que o que sempre a motivou a estudar era a vontade de ser *enfermeira: para cuidar*, relacionando a sua opção às atitudes da sua mãe.

*Bondade demais, né... O que eu lembro era o coração grande que minha mãe tinha de querer cuidar das pessoas. Mãe não podia ver ninguém doente que cuidava. Mãe ajudava... Nunca passou ninguém lá em casa que falasse que estava com fome, ela não*

*deixava ir embora sem comer qualquer coisa. Se falasse que estava doente, mãe ia e cuidava. E aonde mãe ia, ela levava a gente. Então, a gente ficava olhando aquilo ali. Mãe tinha um coração muito bom. Eu não sei porque Sandra fez [enfermagem] não - a mais velha - e depois que ela fez foi Selminha, mas ela fez primeiro Pedagogia. Aí depois ficou como Técnica de Enfermagem, mas eu acho que ela nunca exerceu a função de professora, mas ela também é professora, antes mesmo de ser técnica [Risos]. Aí [depois] foi Soninha que fez tudo, mas quando foi no dia de fazer o exame de anatomia ela desmaiou. É. Diz ela que desmaiou, e que começava rir e não conseguia parar. Não deixaram ela continuar não, e ela não tem mesmo traquejo para essas coisas não (Rosa).*

A trajetória como técnica de enfermagem ou rumo à enfermagem, já que na fala de Rosa esse lugar de técnica de enfermagem é percebido como um trabalho transitório, é marcada pela divisão social do trabalho de enfermagem e também pode ser analisada, numa perspectiva mais ampla, como uma divisão social do trabalho das cuidadoras.

Rosa não contou sobre esforços da sua família para que elas optassem pelo curso, e essa dimensão só apareceu na entrevista que fizemos com Sandra, sua irmã. Sandra lembrou que, como era filha mais velha, teve que ir *morar com a madrinha*, em São Paulo, já que lá ela poderia trabalhar no serviço doméstico em regime de internato e também poderia estudar. *Minha mãe incentivava porque a vida toda ela falava que, como os pais dela morreram cedo, ela foi criada pelas tias, e as tias punha ela para trabalhar nas casas de família, então, ela sofreu muito, e ela não queria isso para gente.*

*É impessoal, é... E assim foi minha infância... Muito rica, muito boa, apesar das dificuldades. Daí minha mãe me mandou morar na casa de minha madrinha. Eu fui morar lá e ela me fez estudar. Aí eu tirei o primeiro grau, voltei para morar na minha casa de novo, aí continuei estudando mas daí eu já estava querendo estudar, aí arranjei também uma família muito boa e fui trabalhar em casa de família e eles foram muito bons...Falou para mim: "Você vai estudar." (...) Ela me pôs para estudar e pagava para mim. Particular, na USP...Era colégio da USP. Ela era professora, então, ela pagava para mim. Aí eu terminei o segundo grau e daí para frente eu estudei sozinha. Fiz o curso de auxiliar...De atendente primeiro, aí eu não trabalhava mais em casa de família, mas eu queria morar em casa de família...Minha mãe que era firme: "Não, você não vai mais trabalhar em casa de família." É mesmo? Eu tinha medo de mexer com enfermagem. Eu pensava: "Imagina se morrer alguém perto de mim!" Aí ela falou: "Não, você vai ser enfermeira." Minha mãe era firme, aí fui ser atendente na Casa da Fé e foi meu primeiro emprego (Sandra).*

Apesar de Sandra ser a filha mais velha e ter que ajudar a mãe ainda mais precocemente que as irmãs, percebemos que havia uma preocupação de Dona Maria para que ela também estudasse, sendo o trabalho também uma possibilidade de investimento no futuro escolar. Nota-se que a lembrança da firmeza da sua mãe para que ela persistisse na enfermagem está justificada no significado que a profissão adquire como negação de um emprego muito comum entre as mulheres pobres, que é o trabalho em "casa de família".

Já Selma, a segunda irmã de Solange, conta que gostava de ver Sandra ajudando a manter a

casa com o trabalho. Selma afirma que a sua opção pela enfermagem foi influenciada pela independência econômica de Sandra e, como sua mãe, também percebe essa opção como uma conquista frente ao seu antigo trabalho como doméstica:

*Sou a filha do meio...e eu acho que o mais importante que eu fiz foi que inspirei nela [Sandra]. Daí para cá tudo que eu tenho eu agradeço. Gosto muito de trabalhar. Gosto muito do que eu faço. Adquiri tudo que eu tenho com o trabalho de lá. Eu falo com as colegas que até marido eu arrumei no emprego! Eu adquiri tudo que tenho com dignidade, respeito e passo isso para meus filhos. Não é porque eu fui empregada e eu não tenho vergonha de falar o meu passado (Selma).*

Sandra nos contou uma história que ilustra representações sobre ser enfermeira técnica, história conhecida por Selma e Rosa, que não se mostraram surpresas diante do caso, confirmando-o com gestos com a cabeça.

*Teve uma das vagas que falaram que ela não poderia ser enfermeira porque seria tipo “mãe dos outros” pelo fato que eu era muito boa, muito amiga das pessoas. Isso na enfermagem a gente até entende... Eu quero ser igual eu sou mesmo. Eu acho que tenho que ser justa, eu tento ser, entendeu? Na área de enfermagem está tendo uns preconceitos...Eu trabalhei na UTI um tempo [como técnica]. Se você fizer currículo, você não precisa de colocar isso. Enquanto eu não cheguei para ela e falei... “Tira daí que você já trabalhou de auxiliar ou de técnico...”. Para você ver: Minha irmã passou lá no IPSEMG agora. Eles estão contratando e ela passou bem colocada, e quando eles foram olhar, ela colocou no currículo que ela era técnica e trabalhava no CGP. Ela perdeu a vaga, e ela foi uma que tirou as melhores notas...Você ficar trabalhando lá marcada, porque você fez isso, é muito ruim. Tem que ir porque você tem condições e porque você gosta. Não tem ninguém te protegendo para te dar vaga, para te promover lá dentro...Você passou. Só que, infelizmente está tendo isso. No currículo você não precisa colocar que tem experiência como auxiliar... Eles não aceitam. Enquanto eu coloquei isso no meu currículo eu não conseguia emprego (Sandra).*

Assim, na família de Rosa tem-se o sentido da escolha da enfermagem técnica em oposição à alternativa majoritária de trabalho assalariado para as mulheres que é o trabalho doméstico e de cuidado. Tal alternativa, na concepção de Rosa, é valorizada também como algo que vai ao encontro do cuidado comunitário, próximo do corpo, como sua mãe fazia. Esses são modos de perceber a profissão de forma positiva, como algo que merece ser festejado. Em contrapartida, também a profissão é percebida como um trabalho subalternizado, embora respeitado, que se constrói em oposição à enfermagem de nível superior.

*No dia que eu fiz curso de auxiliar, cheguei em casa e tinha um festão. Tinha até chopp. De surpresa. Teve a missa. Todo mundo lá na igreja, aí mamãe convidou: “Ana, vamos lá para casa”, era uma colega que estava perto de mim. Aí eu falei: “Uai, mãe...Nós não estamos fazendo nada, por que você está chamando os outros?” “Não, porque aí a Ana vai lá para casa e daí a gente toma um Guaraná. Ela também não está fazendo nada...” Quando eu cheguei lá em casa já tinha um festão. Os vizinhos já estavam todos lá, e o chopp lá. Eu pensei: “Gente, ela é doidinha...” [Risos] Eu levei o maior susto! Festa de formatura de curso de auxiliar não precisa disso não... (Rosa)*

Insistimos que a conotação progressivamente positiva que elas têm das três ocupações do

cuidado - trabalho doméstico e de cuidado, trabalho como técnica de enfermagem e trabalho como enfermeira de nível superior— refletem as condições objetivas de trabalho dessas ocupações, mas também o simbolismo que se constrói em torno delas. No primeiro caso, das condições objetivas do trabalho, sabemos que o cuidado no âmbito doméstico foi historicamente constituído por “acordos” informais, ausência de direitos, precários salários e muitas vezes práticas semelhantes às desenvolvidas nos regimes de escravidão. Já no caso da enfermagem técnica e superior, percebe-se a profissionalização, são ocupações regidas por leis e comumente se diferenciam no que diz respeito à intensidade do trabalho e ao salário.

Já no segundo caso, que diz respeito ao aspecto simbólico dessa hierarquização, nota-se que, no interior das práticas tidas como naturalmente femininas, é desvalorizada a proximidade com o corpo. Sandra fala sobre essa diferenciação, quando se tornou enfermeira de nível superior, percebida como *assumir o paciente*, que, na enfermagem, significa responsabilizar-se por ele, estar fisicamente junto dele.

*Mas eu não cruzei os braços não. Eu chegava perto dos médicos e falava... “Olha, vocês hoje não tem coordenadora de enfermagem. Eu vou dar assistência aos pacientes...” Porque senão eles ficavam me cobrando, né...Eu falava... “Eu vou assumir os pacientes...” Com quatro funcionários como é que você deixa? Não tem como, ia uma descansar e ficava, às vezes, duas com 18 pacientes ou 20 por dia... Então eu assumia, eu fazia as coisas lá... Eu adoro lá. [E nisso aí eles achavam que ela não podia coordenar porque ela estava trabalhando, né...diz Sônia] Hoje, coordenar é só mandar. Eles querem isso, mas a gente não vê isso não. Nós não podemos agir assim. A sorte da gente que já trabalha é que a gente sabe trabalhar. E para quem está fazendo curso superior é só teoria...Só teoria. Ninguém tem coragem de assumir o paciente. Eu comecei de baixo e não tenho medo de aprender. Então, foi muito bom para mim.*

Ainda sobre essa conotação negativa de proximidade com o corpo, em certa ocasião, encontramos Rosa conversando com Janete, e parecia muito alterada. Ela contou-nos que passara na casa de uma senhora para coletar sangue, já que era uma usuária acamada, mas que, antes dela, passara por lá outra cuidadora, para fazer o curativo, e que essa colega havia deixado a senhora com a fralda suja, e que a casa estava com mau cheiro. Disse que limpou tudo, deixou *ela uma gracinha*. Perguntamos então, de forma provocativa, se todos os profissionais que vão nas casas dos pacientes fazem isso, como ela fez. Ela disse que não, *ninguém quer meter a mão, não*.

O nojo das secreções orgânicas, dos pelos e das atividades que escapam do controle cultural e manifestam-se independentes das disposições culturais significa um temor daquilo que a sociedade não quer ser mas que escapa do seu controle. Nesse sentido, o nojo é sancionado ritualmente, e suas regras, constituídas socialmente, manifestam-se ao nível das idéias, sentimentos e do organismo, muito embora, aos olhos daqueles que se submetem a ele, seus decretos sejam tidos como “naturais”.

Por essa impossibilidade de se submeterem ao controle da coletividade, os aspectos

orgânicos da vida humana se erigem em fundamentos elementares e universais da impureza e da desordem. Por conseguinte, é necessário ao homem rejeitar e expulsar simbolicamente do seu convívio tudo que em si é natural e rebelde. Ao rejeitar o que é em si natural o homem marca o que nele existe de cultural.” (RODRIGUES, 2006, p.145)

Ainda segundo Rodrigues (2006), algumas vezes, no comportamento sexual há uma inversão dos princípios da gramática do nojo. Nesse caso, muitas vezes as secreções corporais são tidas como excitantes e agradáveis, já que, nesse caso, ao contrário do que acontece no cotidiano, tenta-se uma reintegração do homem e da natureza. Nos trabalhos das cuidadoras, sobretudo as que trabalham de forma mais próxima do corpo, constantemente também observamos a gramática do nojo se inverter. Nesse caso, a força dessas mulheres consiste em aproximar-se da “natureza”, representada socialmente no feminino. Segundo Mollinier (2004), para defender-se do nojo, do trabalho sujo que o envolve, essas mulheres se apóiam numa espécie de “mulheridade”. A mulheridade, para a autora, designa “o conjunto das condutas pelas quais uma mulher se esforça para evitar as represálias das quais tem medo de ser vítima, se ela não se conformar ao que é esperado das mulheres” (MOLLINIER, 2004, p.236).

Atitudes compulsivas de limpeza por parte das faxineiras e das auxiliares (Mollinier, 1996), discurso encantado sobre o dom de si por parte das secretárias (Pinto, 1990) e das enfermeiras, estratégia da ingenuidade por parte das assistentes sociais (Guiho-Bailly & Dessors, 1997) e da credulidade por parte das enfermeiras escolares (Angelini & Esman, 2004), excesso de investimento no campo prático em detrimento da teoria por parte das pesquisadoras, entre outros. (...) Quanto mais pressões houver na organização do trabalho, mais as auxiliares correm o risco, paradoxalmente, de tornarem-se campeãs do discurso sobre o amor às crianças, como se ele compensasse todos os males da organização do trabalho. (MOLLINIER, 2004, p.237)

Na nossa compreensão, as motivações de Rosa para a enfermagem, associadas à figura da mãe, também estão associadas a uma afirmação das ações que sua mãe desempenhava junto das pessoas da comunidade, as quais são percebidas como *simples*, no sentido de humildes, solidárias, e também mágicas. Nesse sentido, por estarem mais próximos do corpo, do nojo e de demais pressões da realidade do trabalho, os trabalhos de cuidados são também os que parecem exigir mais “mulheridade”. Mas, para além de uma defesa, quando Rosa associa a sua opção às lembranças da sua mãe, ela também nos diz como a mulheridade, como uma volta à “natureza” feminina, às magias, na superação do nojo cultural, lhes confere determinado poder. Desenha uma dinâmica de se protegerem do cuidado e, ao mesmo tempo, protegerem o cuidado como algo feminino.

## 2.3 Início da trajetória na enfermagem.

### 2.3.1 Donas do que é de todos/as: privilégios socioculturais

Destacando o aspecto positivo de ter se tornado técnica de enfermagem, Rosa conta que começou a ajudar de outras formas as pessoas da comunidade. Ela lembra que - junto com suas irmãs - passaram a *influenciar* pessoas da comunidade a trabalhar no hospital. Influenciar, no caso, refere-se principalmente às oportunidades objetivas de trabalho e não às emoções das pessoas, como sendo um exemplo motivador, já que elas comumente *conseguiram um emprego pros outros*.

*Nós influenciamos não só a gente, nós influenciamos muitas famílias. Inclusive eu tenho umas primas que eu levei elas. Elas trabalham na Casa da Fé...Uma trabalha no setor de contas e a outra na hemodiálise. As outras foram para o Pedro... Trabalham no setor de costura...Pedi o emprego para ela mesmo... Elas estavam doidas para trabalhar, primos... A vizinhança que queria trabalhar no hospital, a gente ia lá e pedia e conseguia vaga (Rosa).*

Mesmo nos limites de ocupar um lugar inferiorizado na hierarquia dos/as trabalhadores hospitalares, destaca-se nos relatos de Rosa a identificação do trabalho público como algo privado, pelo poder que ela tem em relação “ao outro” que recebe cuidados. No nosso país, como notou Sarti (1998), o trato do trabalho público como privado é uma dificuldade histórica; aqui, o grupo que está no poder constantemente torna-se “dono” do poder, que reflete na predominância da “matriz ideológica do favor”, em contraposição “à matriz da cidadania” (SARTI, 1998).

Para nos situarmos na cronologia da vida de Rosa, lembramos que ela se formou como atendente, voltou a estudar mais tarde e engravidou aos 20 anos, quando estava completando o curso de técnica de enfermagem. Dos 14 aos 40 anos ela trabalhou na Casa da Fé e no Hospital da Flora, sempre no Centro de Terapia Intensiva.

No período em que estava grávida, Rosa lembrou que sua mãe havia adoecido e que, durante dois anos, ela e o restante da família tiveram que se organizar para acompanhar Dona Maria entre idas e vindas do hospital. Ela conta também que, na mesma época, adoeceu uma das suas irmãs. Esse tempo é muito marcante nas narrativas de Rosa; sua vida se resumia à vida no hospital, já que ela estava lá como acompanhante da sua mãe e da sua irmã portanto, como usuária e também como trabalhadora.

*Quando é da família da gente é ruim mesmo, muito ruim mesmo. A gente não gostaria nunca de estar ali, naquele lugar...E realmente é um lugar como os outros, muitas vezes você chora...Pessoa doente, você não sabe o que fazer, não tem diagnóstico...Nós passamos por tudo isto e não é bom mesmo. Tanto é que as meninas [da enfermagem] que cuidaram dela fazem parte de nossa família até hoje. Quando a gente faz festa elas*

*estão sempre presentes...É a mesma turma que cuidou da minha irmã e cuidou da minha mãe...Tem a Teresa Cristina, a Zulma...Há 25 anos a gente convive junto... Em festa, viagens. As minhas colegas, o pessoal ali era maravilhoso. A gente revezava até as visitas. Você vai ver fulano: “Você vai lá e eu fico aqui porque estou na área...” Eu achei as minhas colegas maravilhosas. Você precisa de ver. Uma lá já no oitavo mês de gravidez trabalhando. Minha irmã precisando tomar um sangue e eu que ia lá buscar. Eu não esperava não, eu já ia buscar. Coitadinha... Ela com aquele barrigão, saiu correndo e foi lá buscar o sangue. Nem esperou virem trazer não. Ela foi lá buscar. Eu já ficava lá na Casa da Fé. Levava roupa para mim... Eu tomava banho e trocava lá mesmo e mandava roupa de volta e aquela confusão... Eu parei de pentear o cabelo, você acredita? Eu tomava banho lá, lavava o cabelo e amarrava ele assim sem pentear... Eu não estava com vontade de nada, não. Tomava banho lá e tudo e amarrava o cabelo atrás. Um dia eu cheguei, ela falou: “Não, senta aqui...”. Daí ela veio com o pente... [Risos] Meu cabelo estava tão assim que sentei e fiquei lá quieta. Não falei nada. Ela penteou e fez aquele tanto de trancinha. Porque dura muito tempo. E não comia não... Ela levava só aquela bobajada. Ela levava lanche para mim, levava maçã... Você precisa ver que gracinha! Umas eu tenho contato até hoje, mas outras não. Eu devo muita obrigação. Quando eu precisei eu tive ajuda de muita gente. A enfermagem, em geral, é muito unida (Rosa).*

Sarti (1998) já havia observado que a mesma matriz simbólica que tem como base o favor não se manifesta só na percepção dos “donos do poder”, mas também na expectativa que têm os pobres da assistência que lhes é prestada, a partir de seus valores morais. No lugar de profissional é percebendo-se como “dona” que Rosa não esperava ordens para pegar o sangue para a irmã, como normalmente teria que fazer. E nota-se que, no lugar de usuária, ela também percebe o bom cuidado por parte das colegas, com base na matriz do favor – como uma troca – semelhante à moralidade que constitui a sua noção de família, e não como um direito. É nesse sentido que Rosa conta como as colegas que cuidaram da sua mãe viraram pessoas da família.

Uma das etapas do cuidado descritas por Tronto (1993) é receber o cuidado, que é a resposta ao seu oferecimento. Esta etapa não é somente a obrigação dos recebedores: ela exige que todos os envolvidos no processo, cuidadoras e usuários nesse caso, revisitem a questão do quão bem esse processo se desenrolou, sendo a receptividade uma qualidade moral envolvida. Para que o cuidado não signifique apenas suprimento de carências frequentemente pré-concebidas pela cuidadora que tem mais poder, como quem “faz um favor”, a receptividade diz respeito à relação de alteridade entre quem cuida e quem é cuidado. Como percebeu Sarti (1998), essa relação de alteridade corresponde a uma possibilidade de atender ao bem-estar na sua particularidade, como expresso pelos próprios atendidos, o que implica uma redefinição de seu lugar social, na medida em que são ouvidos.

Ao concordar com as observações de Tronto (1993) e Sarti (1998), ressalta-se a dificuldade para que esta etapa do cuidado se estabeleça, na medida em que, como aconteceu na família de Rosa, nem sempre se trata de ouvir as necessidades do outro ou de perceber sua receptividade, uma vez que ele mesmo, “o outro”, muitas vezes percebe-se como desprovido de direitos. É com base na

sua própria experiência como pobre - na moralidade constituída pelas costumeiras relações de trocas de favores, na vivência do atendimento “pobre para pobre” - que Rosa percebe o cuidado com a sua mãe.

Não se trata porém de uma visão fatalista, na qual se deve ouvir o outro mas o outro não pode falar. Afirmar que as pessoas não podem falar, porque na condição de dominação essas estariam somente a incorporar a própria dominação, seria falar inteiramente ao nível da abstração. Concordamos com Patai (2010) quando a autora, referindo-se às entrevistas da pesquisa em História Oral, diz que afirmar a necessidade de ouvir as falas das pessoas não significa negar que essas falas vêm de uma mediação, estão limitadas pelas barreiras culturais e muitos outros problemas, mas, sim, respeitá-las e respeitar os seus interesses nas suas próprias vidas.

Ayres (2004) tem apontado como perspectivas para o cuidado a necessidade de superação das conformações individualistas, de modo a enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Nessa perspectiva é possível unir a esses construtos a pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais para interações de diálogos por meio de linguagens outras, como a expressão artística e o trabalho com linguagens corporais. No relato de Rosa há um reconhecimento do cuidado que, para nós, é um exemplo valioso dos rumos coletivos que o cuidado pode tomar nas esferas públicas e de trabalho, quando ela conta como sua colega havia cuidado dela, arrumando tranças no seu cabelo, já que ela não podia lavá-lo sempre e ficava mal arrumada. Essa forma de cuidado é um ótimo exemplo da receptividade e do diálogo, que não expressa saberes biomédicos, mas um saber do cuidado, construído historicamente pelas mulheres, cujo valor se acrescenta ao valor étnico, já que se trata de uma prática comum entre as pessoas afrodescendentes.

Selma também contou-nos que, durante o tempo de hospitalização, aconteceu um incidente - troca de medicação - e que, por causa disso, elas tiveram algumas regalias a mais, já que a administração tinha medo que elas processassem o hospital.

*Ela foi para o hospital, levamos um susto e lá parece que teve um acidentezinho com troca de medicamento, alguma coisa assim e contribuiu... Paralisou um tempo [o coração], mas depois voltou ao normal. Daí para lá ela ficou dois anos no hospital. Quando foi para casa, ficou um mês, dois, e tornou a voltar, e veio a falecer. **Como é que foi esse acidente?** Parece que tinha uma paciente com o mesmo nome dela e trocaram a medicação...Na época nós ficamos sabendo. Sandra, que já era da enfermagem, mas ela não gosta muito de comentar porque ela já trabalhava lá na Casa da Fé. Eu já estava começando a atuar. Eu estava fazendo o curso de auxiliar e já trabalhava no posto de saúde da Prefeitura. (Selma)*

Esse relato nos aponta uma questão importante no que diz respeito a uma particularidade e de modo geral diz respeito ao distanciamento das instituições de saúde no que tange à cultura, hegemônicas pelo modelo biomédico atual. Por causa da ameaça de processo, Rosa contou-nos

que houve uma maior abertura para que elas pudessem ter algumas práticas da família: *a gente levava o comedeiro pronto e ia todo mundo almoçar com ela lá. Já tinha dois anos que ela estava no hospital... (...) Era neto, sobrinho e meninos, não podiam entrar no hospital dia de semana, no final de semana era liberado...* Sabemos que quando se trata de saberes e práticas construídas culturalmente, o limite da receptividade dos ambientes institucionais da saúde é bastante rígido. Grande parte das práticas desses ambientes encontra-se apoiada em saberes biomédicos, os quais constantemente desconsideram a sociedade, o poder e as ciências humanas que refletem sobre essas duas esferas.

Diante da possibilidade de ser processado, o hospital permitiu que elas levassem comida, que crianças entrassem, que houvesse mais de uma pessoa no quarto. Não estamos negando a importância de algumas regras para os serviços da saúde nem o fato de que os hospitais têm se tornado lugares mais seguros, mas é evidente que há pouco espaço para diálogos que possibilitem a expansão do cuidado nesses locais. A pergunta é: quais, e em que medida, restrições e práticas tem sentido de forma a - histórica e descontextualizada, ou seja, *a priori*? Nota-se também no relato de Rosa certo ceticismo com relação a essas práticas, que é comum no cotidiano das profissionais, das/os pacientes, da gerência. Voltando ao fato do trabalho público percebido como algo privado, que tem “dono/a”, nota-se que constantemente usuários “privilegiados” podem comer outras comidas, usar suas próprias roupas e maquiagem, etc. Pode o cuidado ser um parâmetro para pensar e estabelecer uma razão de ser mais humana e igualitária para essas práticas? Terá essa relação social força suficiente diante do cientificismo hegemônico?

### **2.3.2 Outros relatos: maternidade e cuidados delegados**

Rosa descreve toda a sua trajetória muito vinculada à sua mãe e ao hospital, haja vista que uma grande parte da sua vida se passou lá, já que ela trabalhou 12 horas diárias no hospital durante 31 anos. Os outros relatos, sobre a escola e também sobre a maternidade e relacionamentos afetivos, foram breves. Nos seus poucos relatos, nota-se o modelo de delegação de cuidados e também o cuidado muito relacionado à inserção escolar.

Rosa diz que os dias mais felizes da sua vida foram o nascimento de Tereza, sua filha e de Arthur, seu neto. Notam-se na descrição de Rosa preocupações vinculadas à questão da enfermagem, como não poder assistir o parto.

*Minha história de vida...O que eu achei mais lindo foi quando fui mãe e no dia que eu fui avó. [Risos] É, Rosa... Como é que foi? Ah, foi muito bom. Quando eles me ligaram eu estava trabalhando. “Pode descer que o seu neto tá nascendo.” Eu estava trabalhando lá*

*no IPSEMG... [silêncio] Foi gostoso. Quando eu cheguei lá já tinha nascido, e eu tinha pedido para assistir o parto... Eu já conhecia o médico, mas infelizmente eu cheguei muito em cima da hora. Não tive como assistir o parto, mas eu considero como um dos dias mais lindos da minha vida (Rosa).*

Como Lúcia, ela não desenvolveu por muito tempo ações de cuidado junto, face à face, de Tereza, sua filha. Mas apesar disso, ela considera-se bem sucedida na *criação* da filha, já que arrumou um trabalho a mais depois que ela nasceu e assim pôde pagar alguém para cuidar dela. Relação que toma por base o modelo da delegação (HIRATA E KERGOAT, 2007) de cuidados.

*Eu comecei a criar ela sozinha mesmo porque eu já trabalhava e tinha minha carteira assinada... Arrumei mais um emprego e trabalhei no Neo Center. Eu pagava uma sobrinha minha para olhar ela, e eu optei em ter só ela mesmo na época...Eu já sabia o que eu queria, e graças a Deus não tive dificuldade para criá-la, não (Rosa).*

No relato acima, Rosa descreve como foi a vida depois que Tereza nasceu, já que também se separou do marido. Ela foi casada na igreja e no civil, o que conta rindo como quem diz um exagero. Ela contou também, com ares de indiferença, que *não era muito de paquerar, não*.

*(...) gostava muito era de dançar. Eu tive dois namorados só. O primeiro que não deu em nada, e o segundo que deu, nós casamos e separamos...[Risos] Mais fácil é sermos amigos do que marido e mulher. Não é fácil não (Rosa).*

Tereza sua filha contou que sua infância foi muito boa, lembrando também da dança. Especificamente, lembrou que ela e as primas ensaiavam apresentações da Xuxa para fazer para a família nas festas e no natal. Tereza disse que é *filha da sua mãe*, no sentido de ter “puxado a ela”, já que Rosa é considerada *a doida da família, autêntica e alegre. É a mais bagunceira de todas as irmãs, faz graça até...pros outros*. Ela contou que, antes de decidir fazer enfermagem, com dez para doze anos começou a trabalhar no salão da sua tia, salão que fica do lado do bar do avô, entre as casas da família, e que já ficava por lá, lavando cabelo, atendendo telefone. Um dia sua tia lhe falou que ela iria começar a fazer unha, para ganhar seu dinheiro:

*Aí eu odiava, mas odiava mesmo, eu chorava demais porque os meninos estavam brincando e eu não podia brincar porque eu tinha que fazer unha. Aí eu comecei a fazer, minha primeira cliente foi uma tragédia e eu nem fiz curso. Aí ela me colocava para eu fazer unha da Andreza [sua prima], Andreza fazer a minha. Aí depois que eu tive o Arthur eu resolvi fazer o curso técnico [de enfermagem]. Minha mãe incentivou bastante, eu estava com Arthur pequeno, né, mas também eu sempre gostei, a gente cresceu vendo todo mundo falando, contando caso de hospital.(Tereza)*

O cuidado de Rosa com sua filha também nos pareceu muito vinculado à possibilidade de estudar.

*É... Tereza estava sem nada para fazer, e eu falei: “Se você gostar [da enfermagem], você fica...”. Mas o sonho dela era fazer Assistente Social. Por isso que nós estamos correndo atrás. Nós estamos olhando uma escola mais em conta, e ela fez inscrição e não quer fazer. Nosso Deus... Ela está precisando. Tem que tentar, e eu acho que Assistente Social não vai ser tão difícil. (Rosa)*

A maternidade nos relatos de Rosa constitui uma preocupação e, certamente, ela responsabiliza-se com a filha, mas, ainda sim, as suas lembranças sobre o cuidado pouco remetem à maternidade. Ao desempenhar o papel de mãe, as lembranças do cuidar bem não se relacionam à sua presença junto a Tereza, às brincadeiras com a filha, mas, de modo semelhante a Lúcia, estão vinculadas aos seus estudos. A lembrança do cotidiano de cuidado na família, também como Lúcia, faz parte da sua infância, e não das suas vivências maternas.

### 3 Algumas considerações

Neste capítulo analisamos os relatos de Lúcia e Rosa (e também de alguns familiares), sobre suas vidas no âmbito da família. Os relatos apresentam formas de ser e exercer o cuidado, bem como alguns dilemas e desafios, que também estão colocados para a atuação como técnicas de enfermagem, já que o cuidado se constitui em continuidade. Observamos, no âmbito mais geral, que as agentes cuidadoras, bem como as transições entre agentes cuidadores e que recebem cuidado, estão fortemente marcadas pela dimensão de classe social e de gênero.

Nesse sentido, nota-se a importância da infância como uma etapa de vida em que se evidencia a aprendizagem de cuidados. Assim, a dimensão de classe social mostrou-se radicalmente ligada à conformação do pensamento do cuidado nessas famílias como uma contribuição para relações de troca/obrigação, passível de ser dada pelas meninas (e também um menino, embora questionada a sua contribuição), já que é algo da essência das mulheres, da ordem dos comportamentos e sentimentos da “natureza” feminina. Apesar de essa noção do cuidado ter base na simbologia naturalista, as mães de Lúcia e Rosa, de formas diferentes, são as orientadoras da aprendizagem de cuidado, delegados por elas sobretudo às filhas mais velhas, encarregadas de cuidarem das irmãs.

Na história de Rosa há uma preocupação por parte da sua mãe para que todas as crianças – incluindo suas irmãs mais velhas – pudessem conciliar o trabalho de cuidados com o brincar e com a escola. Além dessas preocupações, percebemos que, sendo Rosa a filha mais nova e sua mãe uma cuidadora legítima do aglomerado, a sua aprendizagem de cuidados se deu numa outra esfera (diferentemente das irmãs mais velhas), na comunidade, acompanhando sua mãe. Nesse lugar, a contribuição para a troca por meio do cuidado é evidenciada na forma de solidariedade com a comunidade, sendo a transmissão de saberes e valores sobre a saúde e sobre as relações interpessoais constituinte e sendo constituída como uma forma de poder próprio das mulheres.

Já Lúcia, como filha mais velha, era a principal cuidadora das irmãs, sendo o seu trabalho um trabalho-castigo, no qual se evidenciam constantes situações de violência e vulnerabilidade. Embora se evidencie uma rede de cuidados familiares que minimamente se mobilizam em torno de Lúcia e das irmãs, garantindo-lhes a assistência para sobrevivência, elas ficavam constantemente afastadas do convívio comunitário, sozinhas, tendo que *se virar*.

Nota-se que, tanto nas narrativas de Lúcia, quanto nas de Rosa, a instabilidade das formas de prover a vida, sobretudo no âmbito público dos empregos, manifestada na perda do emprego dos pais, incide sobre a dinâmica da casa, fazendo com que as crianças estivessem mais vulneráveis a trabalhar precocemente como cuidadoras, já que suas mães se voltam para o trabalho assalariado. Na história de Lúcia essa vulnerabilidade que está relacionada ao trabalho assalariado não só

contribui para a transição das agentes cuidadoras de mães para filhas, como também descreve uma situação particular do cuidado na qual o controle do público, da moral da família, delimita os modos de ser e agir dos agentes cuidadores e dos que recebem cuidado, de forma incisiva.

Evidencia-se em todas as gerações descritas que, ainda que as mães, como responsáveis pela autoridade da casa, sejam as principais agentes gerenciadoras do cuidado, elas, nessa condição, não são as principais cuidadoras, pensando o cuidado como uma relação face à face. Também vimos que, embora o cuidado seja parte de uma rede, em que todos os agentes são vulneráveis, as mulheres são responsáveis por cuidar e, muitas vezes, elas também se colocam a prova da capacidade de cuidar o que é de certo modo, uma proteção do cuidado como algo feminino. Essa última observação pode estar relacionada a um modo de pensar próprio da moral que envolve o cuidado, no sentido de conservação das relações existentes, bem como à necessidade tácita de receber cuidado como parte de uma rede de relações e, ainda, como “mulheridade”, uma forma de proteger-se dos medos diante do cuidado.

Embora não sejam as principais cuidadoras, quando mães, Lúcia e Rosa revelam uma mudança na forma de perceber as crianças como potenciais cuidadoras. A visão da maternidade como uma escolha combinada a uma melhoria nas condições objetivas de vida é importante para re colocação do lugar das crianças como pessoas com as quais se tem obrigações, isto é, virar pelo avesso a socialização recebida. Elas percebem suas filhas como pessoas que necessitam de cuidados e que não podem cuidar autonomamente de si mesmas ou umas das outras, no caso das filhas de Lúcia. Apesar disso, elas demonstram a fragilidade de se delegar cuidado a outrem, seja o marido, a mãe e irmãos (no caso de Lúcia), a sobrinha ou a irmã (no caso de Rosa). Nota-se a ênfase que a escola adquire, como um espaço a compor a rede de cuidados, e a escolarização como uma importante dimensão do cuidar bem das filhas.

Como afirmou Tronto (1983), os grupos subalternizados e, sobretudo, as mulheres desses grupos ocupam posições muito diferentes na ordem social, que justificam e são justificadas pela posição desigual que ocupam como cuidadoras na nossa sociedade. A escolha do cuidado como profissão evidencia o caráter contínuo dessa prática, seja na construção da alteridade e compaixão referente à pessoa a ser cuidada, como no caso de Lúcia, seja na resignificação dessa compaixão já constituída com relação ao outro da comunidade, como no caso de Rosa. Em meio a esses sentimentos, que também se constroem na e pela falta de opções, a escolha razoável de ser uma trabalhadora de cuidados revela ainda uma possibilidade de afastar-se do cuidado na dimensão doméstica, seja na família ou seja como empregada doméstica. Os trabalhos de cuidado fora de casa como enfermeiras técnicas passam a ser menos um “dom” e mais uma possibilidade concreta de trabalho assalariado, que significa autonomia econômica, mas também autonomia sobre a próprio lugar de mulher, subordinado aos valores familiares.

Assim, concordamos com Tronto (1987) que, em termos éticos, essas mulheres sejam favorecidas de algum modo, por suas experiências diárias. Em certa medida, elas constroem uma rede de relações referenciada na troca e no respeito, na solidariedade que constitui e é constituída, por sua vez, na noção de família mais ampla e solidária, onde o papel dessas mulheres diz respeito ao cuidado. Evidenciaram-se, em contrapartida, como advertia Molliner (2004), dimensões da “caixa preta” do cuidado. As relações de cumplicidade, respeito na família, de manutenção das relações e da não violência também nos apontam dilemas para a ética do cuidado.

## **CAPÍTULO 3**

### **O CUIDADO NA ESFERA PROFISSIONAL**

### CAPÍTULO 3: O CUIDADO NA ESFERA PROFISSIONAL

Maria Cecília Almeida e Juan Rocha (1989), reconhecido/a pesquisadores da enfermagem, já haviam dito que o saber da enfermagem, como objeto de pesquisa, deveria ser percebido com foco nos sujeitos, através das relações sociais das agentes de enfermagem, no seu trabalho cotidiano. Para o/a autores (1989), ao contrário disso, a caracterização do saber da enfermagem sempre se deu pelas técnicas, havendo poucas sistematizações dos princípios que fundamentam essas técnicas e das relações sociais específicas que as compõem. Nesse sentido, embora recentemente haja mais esforços voltados para a compreensão da relação social de cuidado no campo da enfermagem, nota-se que as teorias da enfermagem expressam mais as concepções das ações de enfermagem para que o cuidado aconteça, do que propriamente pensam sobre o cuidado partindo da sua prática.

Outra lacuna nas reflexões sobre a enfermagem é o fato de estas constantemente “ignorar” as diferentes agentes da enfermagem, as quais se diferenciam, de acordo com a divisão técnica do trabalho, que tem como base a qualificação e a condição de classe social dessas trabalhadoras, as quais estão associadas. Tal lacuna relaciona-se à própria constituição da enfermagem escolarizada, que, dividida em graus considerados do mais complexo ao mais simples, supõe o trabalho mais simples como aquele realizado mais próximo do/a usuário/a realizado pelas técnicas de enfermagem, e o mais complexo como as atividades de gerenciamento, realizado pelas enfermeiras (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Os trabalhos de Maria Peduzzi e Maria Anselmi (2002, 2003) se debruçam sobre a compreensão das diferentes agentes da enfermagem e seus trabalhos. Da sua bibliografia, destacamos o estudo a partir do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), do Ministério da Saúde. Ao analisarem a trajetória profissional das agentes técnicas de enfermagem, Peduzzi e Anselmi (2003) observaram algumas regularidades, como: trajetória profissional relacionada a parentes da mesma área profissional, poucos trabalhos anteriores à profissão, trajetória escolar com interrupções. Para as autoras (2003), ao encontro dessas regularidades, estão as concepções que essas técnicas têm sobre o cuidado, como ações/emoções que possuem características de continuidade entre sua trajetória familiar e profissional.

Que o cuidado se constitui em continuidade é uma das nossas premissas para pensá-lo por meio da construção de História de Vida. Essa característica de continuidade, que envolve a articulação da esfera privada e pública, já havia sido defendida por Kergoat (1986) como importante para análise das relações sociais de sexo. Nesse sentido, Kergoat (1986) questionou o argumento de

que as operárias mulheres ocupariam cargos inferiores porque eram menos qualificadas. A autora argumenta que, se o problema fosse de qualificação, seria suficiente abrir as oportunidades de acesso às categorias profissionais masculinas, para que, por exemplo, as mulheres tivessem acesso aos níveis de formação superior, que são mais negociáveis no mercado de trabalho. Ou, também, bastaria que as mulheres fossem mais esclarecidas acerca da importância da qualificação na relação capital/trabalho para que elas lutassem e vencessem.

Para Kergoat (1986), as posições inferiores das mulheres no trabalho não se deviam ao fato de estas serem menos qualificadas na escola, mas, ao contrário, se deviam ao fato de estas serem muito bem qualificadas na totalidade do trabalho reprodutivo. Nessa direção, suas habilidades, como destreza, minúcia, rapidez, tenderiam a ser negadas pela chefia do trabalho - a qual, também tende a negar as qualificações dos homens -, mas, ao contrário, essa negação é socialmente reconhecida. Para Kergoat (1986), as próprias mulheres interiorizariam essa banalização da sua qualificação e, muitas vezes, compreenderiam o seu *savoir-faire* como uma aquisição individual, e não coletiva.

Para a autora (1981-1984), a compreensão dessa problemática não se dá olhando apenas para a família e o trabalho assalariado, o que ajudaria a corrigir erros metodológicos, mas por meio da compreensão das relações sociais, que, ao contrário das conceituações clássicas da sociologia, significam contradição, dinâmica e permanente modificação e recriação. Desse modo, o caminho da nossa análise foi compreender as relações de cuidado vivenciadas por Lúcia e Rosa no âmbito da suas famílias e também no trabalho assalariado. Esperávamos, a princípio, que, no âmbito das famílias, encontraríamos Lúcia e Rosa como sendo objetos de cuidado na maior parte das suas lembranças, mas nos surpreendemos ao perceber que, desde muito cedo, ela são principalmente cuidadoras ou aprendizes de cuidadoras. Notamos que o estatuto das cuidadoras não poderia ser autonomizado e que a esfera privada *versus* pública não nos bastaria para descrever as práticas sociais vividas concretamente por Lúcia e Rosa. Voltamo-nos a compreender, então, o que marcava a memória dessas mulheres na sua família, a diversidade do que significava ser cuidadora, as dinâmicas desse lugar dentro de uma mesma família e apontamos alguns dilemas e desafios que essas reflexões trazem para a análise das relações de cuidado.

Interessa-nos pensar neste capítulo sobre as relações de cuidado de Lúcia e de Rosa - como técnicas de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - cujo objeto é o cuidado para com as famílias da comunidade de abrangência das unidades. Deste modo, não nos ateremos somente as suas lembranças sobre o trabalho, mas também buscamos descrever a sua realização no Centro de Saúde, as condições de funcionamento e as relações que acontecem nesse lugar, como observamos durante o trabalho de campo desta pesquisa. O escrever nesse caso é um exercício que, nas palavras de Roberto Cardoso de Oliveira (1996), é mais que a tradução da “cultura nativa” no

texto sociográfico, é uma “interpretação” que, por sua vez, está balizada pelas categorias e conceitos básicos da disciplina, no caso, das ciências sociais. Pensamos que o esforço dessa narrativa contribui também para a análise do cuidado, no que concerne ao desafio atual, que tem sido superar as lacunas entre o cuidado ideal e as relações de cuidado como estas se dão.

## **1 Da porta de entrada, para o inferno.**

### *Notas da 1.a visita ao Centro de Saúde*

*A caminho do Centro de Saúde, pedimos informações sobre como chegar até lá a uma moradora, que nos explicou que “o Posto”<sup>43</sup> ficava numa pracinha, lá no meio e no alto da comunidade. Logo andamos um pouco mais e o avistamos, numa espécie de largo com uma árvore no meio. À primeira vista, “a casa” nos causa estranhamento. Seus muros são de cimento chapiscado, sem pinturas e estão pichados com palavras “cu” e “bosta”. Arames por cima dos muros formam cercas de proteção onde estão penduradas duas faixas de pano escritas, velhas, já rasgadas e quase impossíveis de ler. Parecem ser de alguma campanha de vacinação.*

Nessa “casa”, o Centro de Saúde Laranjeiras, foi onde conhecemos Lúcia e Rosa, e também elas se conhecerem trabalhando lá. O Centro de Saúde é o lugar onde funcionam as Estratégias de Saúde da Família, que são programas organizados de acordo com a Política de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), do Sistema Único de Saúde (SUS). A noção de Atenção à Saúde que alimenta essa política surgiu na Reforma Sanitária, em meio à consolidação do SUS, para afirmar uma concepção ampliada de saúde<sup>44</sup>, novas práticas e a necessidade de se superar a clássica oposição entre o modelo biomédico e o modelo preventivista, faces do setor da saúde no Brasil cuja separação, como vamos ver e como afirmam Matta e Morosini (2009), ainda representa um desafio.

A Política de Atenção a Saúde e a Estratégia de Saúde da Família foram consolidadas com a reorganização da Política de Atenção Básica, em 2006, tendo as equipes das ESFs um caráter substitutivo em relação às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) que atuavam nessa política (BRASIL, 2010). A nova Política de Atenção Básica “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2010). Esta política foi orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

43 As pessoas, assim como parte da equipe, se referenciam a Centro de Saúde como “Posto”.

44 A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

De acordo com a Política de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006), as ações das ESF devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. Essas distinguem-se do PSF no que diz respeito a manter ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atuam, desenvolvendo atividades com base no diagnóstico situacional e mantendo como foco a família e a comunidade.

Ainda de acordo com a Política de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), as ESFs devem buscar a integração *com instituições e organizações sociais*, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e, por fim, devem ser um espaço de construção de cidadania. Um destaque importante do contexto das ESFs é a sua integração com instituições e organizações sociais, o que gera tensões com os serviços privados. Com relação a essas ferramentas (a saber: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e fundações), o argumento político ainda é que elas funcionam porque o sistema público é inoperante. Júlio Müller Neto, em reportagem para Revista Radis (2011), faz um questionamento nesse sentido: segundo ele, a tão chamada “crise do SUS” não é uma crise do setor público propriamente, mas a crise de um modelo que ainda se apóia na compra de serviços privados, porque o modelo no geral ainda é hospitalocêntrico e privado. O professor completa: em vez de enfrentar certos problemas na consolidação do SUS, se improvisa e são feitos ajustes com setores privados, numa lógica que compõe um jogo perverso. Por exemplo, segundo ele, 70% dos leitos (hospitalares) do SUS no Brasil são contratados do setor privado ou filantrópico.

Realçadas as novas configurações da Atenção Básica no nível mais amplo da análise, voltamos ao Centro de Saúde. Cada Centro de Saúde, como o da Laranjeiras, referencia a atenção à saúde para uma área de, no máximo 12 mil habitantes, e cada Estratégia de Saúde da Família que se aloca nesse Centro referencia no máximo 4 mil habitantes, sendo que o recomendado são 3 mil habitantes. Assim, no Centro de Saúde Laranjeiras estão alocadas três ESFs, cada uma delas composta por uma equipe multidisciplinar: dois/uas técnicos/as de enfermagem, um/a enfermeiro/a, um/a médico/a e por uma equipe de Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS), que varia em quantidade de acordo com o tamanho da população atendida: sendo no Centro de Saúde quatro agentes nas Equipes 1 e 2 e duas agentes na Equipe 3. Existem também três profissionais médicas/os e três técnicas de enfermagem como apoio<sup>45</sup> para todas as equipes, cuja jornada de trabalho é de 20 horas semanais, e não 40 horas, como as demais profissionais. Além desses, outros profissionais trabalham nos serviços de secretaria, limpeza, segurança e gerência do Centro. E,

<sup>45</sup> Uma das técnicas de enfermagem trabalha em regime especial em função de estar doente, com depressão. Silvia trabalha 40 horas e está afastada da assistência direta ao usuário, realizando atividades mais administrativas. Dizem no posto que está afastada da assistência de enfermagem.

também, de forma mais independente, trabalham os/as funcionários/as do escritório de zoonoses. Ocasionalmente estão presentes estagiárias/os e as pessoas do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

ESF's	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3
<b>Equipe Multidisciplinar</b>	<i>Enfermagem técnica:</i> Zilar, Patrícia  <i>Enfermeira coordenadora:</i> Alexandra  <i>Médico:</i> Fernando	<i>Enfermagem técnica:</i> Cida, <b>Lúcia</b>  <i>Enfermeira coordenadora:</i> Ângela  <i>Médica:</i> Clara	<i>Enfermagem técnica:</i> <b>Rosa</b> , Janete  <i>Enfermeira coordenadora:</i> Luíza  <i>Médica:</i> Rosânia
<b>Equipe de ACS</b>	Sandra, Patrícia, Rosely, Patrícia O.	Marta, Michele, Eunice e Jussara	Andreza, Adélia
<b>Equipe de Saúde Bucal</b>			Edimar, Élide e Jussara
<b>Apoio</b>	<i>Médica:</i> Marise	<i>Médica:</i> Celma	<i>Médico:</i> Carlos
Apoio (técnicas de enfermagem)		Manhã: Carmen Tarde: Iranilde Manhã e tarde: Silvia (desvio de função)	
Limpeza (terceirizada)		Isabel e Junia	
Secretaria (terceirizada)		Emerson e Paula	
Guarda Municipal		Lúcio, Pedro	
Porteiro		Caio, João	
Gerência		Júnia	
NASF		Assistente Social, Nutricionista	
Zoonoses		Marquinho, Henrique, José	

Quadro 1: Quadro de funcionários do Centro de Saúde Laranjeiras, maio de 2011.

Na busca de analisar o trabalho das ESFs, com foco no trabalho das técnicas de enfermagem, procuramos primeiramente compreender a rotina de trabalho dessas profissionais. Mensalmente, quem organiza a escala das profissionais técnicas de enfermagem é uma das três enfermeiras coordenadoras, de acordo com a escala dessas últimas. Com exceção das atividades de acolhimento, grupos operativos e trabalho na escola, que são divididas conforme cada equipe, as outras atividades são organizadas de acordo com o local de trabalho (Sala de Enfermagem, Sala de Curativo, Farmácia e Sala de Vacina) e divididas entre todas as técnicas de enfermagem, sem distinção por equipe.

Assim que começamos o trabalho de campo da pesquisa, a escala mensal das técnicas estava fixada no mural, digitada no computador e muito clara, e englobava todas as técnicas do Centro, com exceção de uma delas, que estava de férias. No entanto, constantemente um pedaço de papel rasgado e rabiscado com a data do dia era fixado ao mural com uma nova organização para a equipe, em cima da escala. Passamos, então, a verificar as novas atividades prescritas e o trabalho

que estava sendo realizado e, ainda assim, nem sempre encontrávamos correspondência entre essas. Certo dia, quando estávamos a transcrever a escala no caderno de campo, Luíza, que era enfermeira responsável pela escala do mês, percebendo a situação explicou que, em razão de três funcionárias estarem de férias, ela tinha que refazer a escala quase todos os dias. Nos meses seguintes, de fato, a escala se manteve mais constante, e notamos que ela era quase sempre a mesma, ou seja, as pessoas sempre realizavam uma mesma atividade de acordo com as habilidades de cada uma das profissionais, (sendo este um acordo tácito) e alterava-se a escala em função das faltas constantes.

O Centro, como dissemos, funciona numa casa, com uma varanda cimentada aberta, onde ficam alguns bancos encostados na parede. A parede dessa varanda está com a pintura amarelada e descascada, e nela estão afixados dois cartazes das campanhas de saúde, também velhos, acompanhados de um aviso, em papel tamanho A4, sobre a dinâmica de atendimento das equipes. Algumas pessoas aguardam atendimento nesses banquinhos, e percebemos que é comum chegarem pessoas “apenas” para bater papo, sendo todas elas sempre monitoradas por um guarda municipal<sup>46</sup>. Essa varanda dá acesso direto à Sala de Vacinação, à janela com grandes da Farmácia: por onde são entregues as medicações e também à Sala de Espera, onde fica o balcão de recepção. De acordo com uma metáfora compartilhada pela maioria das trabalhadoras do Centro, a varanda dá acesso *ao céu e ao inferno*.

O que esse grupo chama de *inferno* é a sala de espera interna, onde aguardamos, na primeira visita ao Centro, para falar com a gerência. A sala, que também tem a mesma pintura da varanda, é pouco iluminada e ventilada. Três bancos grandes ficam encostados nas três paredes, e, na quarta parede, há um balcão com duas atendentes técnicas de enfermagem. Na parede de frente para o balcão, além do banco, há um filtro com avisos relativos à necessidade de usar copos descartáveis embora sem copos disponíveis e uma televisão que se encontrava sintonizada num telejornal. Percebemos que o noticiário policial era o mais requisitado pelas trabalhadoras e usuárias. Referimo-nos à usuárias no feminino pois as principais usuárias são mulheres jovens, com suas filhas/os e também as mulheres idosas. Algumas vezes chegávamos e ficávamos sentadas na Sala de Espera, e notamos que o lugar não é tumultuado, embora - sobretudo no horário da atividade “Acolhimento”- fique bastante cheio de gente. Tal calma nos pareceu associada à televisão, e não ao pedido constante numa placa pregada na parede: *Favor falar baixo*. E, embora não haja sempre alvoroço, este é o lugar onde as insatisfações com relação ao atendimento frequentemente são manifestadas.

---

46 A presença dos guardas municipais em alguns Centros de Saúde e Escolas é parte do Plano de Metas de Belo Horizonte, de forma mais precisa, do item “Cidade Segura” que visa estabelecer iluminação, monitoramento com câmera e guardas municipais nesses locais para o controle da violência e da criminalidade. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/bhmetas/resultados/areas-de-resultado-cidade-segura.php>. Acesso em: 13 de junho de 2011.

Como dissemos, a sala fica mais cheia nos dias de “Acolhimento”<sup>47</sup>. Vimos que cada uma das equipes tem dias específicos para acolher as/os usuárias/os da sua área de abrangência. Essa escala é conhecida pela comunidade, já que permanece a mesma há bastante tempo (a última mudança foi há cerca de três anos) e, nesse sentido, as pessoas só são atendidas por outra equipe no dia de outra área, diferente daquela em que elas moram, caso se trate de uma urgência ou emergência. Os acolhimentos são realizados das 08h00min às 09h00min horas (podendo ir até às 12h00min, dependendo do dia), de segunda a quinta-feira e, na sexta-feira, algumas pessoas são escaladas para fazer acolhimento somente dos casos agudos.

Na prática do Acolhimento, o que acontece é que uma das técnicas de enfermagem e uma enfermeira, dividindo o trabalho, fazem um atendimento prévio das pessoas que estão aguardando atendimento médico. Elas verificam os dados vitais, a queixa principal da/o usuária/o e, a partir disso, organizam *as fichas* em ordem para as consultas médicas, o que chamam de *dar baixa*. Algumas vezes, direcionam as pessoas para a consulta de enfermagem, realizada com as enfermeiras. Janete, técnica de enfermagem, explica que elas enviam *tudo mastigadinho* para os outros profissionais.

Embora todas as técnicas da equipe realizem o acolhimento, as funcionárias escolhidas com mais frequência para essa função são as pessoas aparentemente mais tranquilas e mais antigas no Centro de Saúde: Janete, Rosa e Zilda. Observamos que, no acordo tácito, essa escolha está relacionada à capacidade de distinguir quem precisa ou não de consulta médica e a ordem dessas consultas, mas também à proximidade com a enfermeira e com os usuários e à habilidade de negar-lhes uma consulta imediata ou colocá-los para serem atendidos no final.

Como os acolhimentos só acontecem na parte da manhã, na parte da tarde quem recebe as urgências e emergências é a técnica de enfermagem responsável pela Sala de Enfermagem, que poderá encaminhar as pessoas para a/o médica/o ou para uma das enfermeiras. A Sala de Enfermagem também é considerada parte do *inferno*. Ela é a única que tem porta aberta para a Sala de Espera interna, e, ao contrário das demais dependências do Centro de Saúde, esses dois cômodos são os únicos cujo acesso não é controlado pelo guarda de segurança. Na Sala de Enfermagem, além do acolhimento da tarde, são realizadas as medicações que precisam ser aplicadas no Centro, como soro de aplicação venosa, medicamentos de inalação e também algum analgésico para dores mais pontuais, ou antitérmico, etc., de modo que a pessoa não precise levar toda a cartela do fármaco para sua casa. Nessa sala, chegam algumas pessoas sem passar pela recepção, para aferir a pressão,

---

47 De acordo com o material do Ministério da Saúde, acessível nas Centros, intitulado “SUS de A à Z”, o Acolhimento, “como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico.” (BRASIL, 2009, p.21)

temperatura. Constatada alguma alteração, a pessoa é encaminhada como uma urgência ou agenda-se uma consulta para ela.

Rosa é a técnica escalada com maior frequência para a Sala de Enfermagem. Não é uma pessoa que conversa muito, atende as usuárias ao seu modo e as escuta atentamente, depois anota os procedimentos no caderno de controle da sala. Algumas vezes, ela agenda uma consulta sem passar pela recepção, como “um favor” prestado. Nas três vezes que presenciamos um caso assim, eram situações de trabalhadoras que não podiam perder dias de trabalho, e Rosa encaixou-as nas consultas, pedindo que não comentassem, já que não eram consideradas casos agudos.

Assim, começamos a conhecer o Centro, pelos cômodos aonde as pessoas chegam e por onde nós também chegamos. Conhecemos a varanda, a Sala de Espera Interna e paramos na Sala de Enfermagem, onde Rosa trabalha mais constantemente. De acordo com a metáfora utilizada por um grupo de trabalhadoras, começamos pelo *inferno*. O *inferno*, nesse sentido, parece se referir aos locais onde o contato com a comunidade é mais direto e também onde a comunidade tem mais poder de mobilização, mais possibilidade para se manifestar. Essa maior possibilidade de manifestação parece ser decorrente do fato de essas pessoas não estarem diante das profissionais a quem *respeitam mais*, como distinguiu Rosa. O respeito a que Rosa se refere assemelha-se ao que Lúcia descreveu permeando a sua relação com os parentes mais distantes: formalidades no trato. Nesse sentido, as profissionais que impõem mais respeito são as enfermeiras coordenadoras, as médicas e a gerência, as quais estão socialmente mais distantes da comunidade, no que se refere a condição de classe social, e que também possuem maior autonomia e poder no trabalho, o que, por sua vez, também está associado à dimensão de classe.

## 1.1 O outro delinquente: manutenção das distâncias

*Algumas notas nossa sobre a comunidade:*

*Da avenida principal de entrada na favela, até onde se localiza o Centro de Saúde, nota-se que não são homogêneas as áreas da comunidade. Distingue-se as áreas cujas condições de existência são mais e menos precárias. De um lado concentram-se becos sem asfaltos, “bocas”, bares, jovens, adultos e algumas crianças consumindo crack, alcoólatras [uma imagem que julgamos muito dura e assustadora]. No outro, concentram-se algumas ruas asfaltadas e com transporte público até certo ponto, uma venda, oficinas de carro, salões de beleza e diversas casas com placas oferecendo trabalhos informais nos portões [chupe-chupe, detergente, cosméticos], duas igrejas evangélicas. Observa-se algumas pessoas nas portas, conversando na calçada. Por algumas vezes também deparamos com idosos catando lixo, desse lado do bairro.*

Lara Luna (2009) notou, no seu trabalho intitulado *Fazer viver e Deixar Morrer. A má-fé da saúde pública no Brasil*, como o sistema público - frente as suas condições precárias - é propício a instaurar o que a autora chama de *má-fé institucional*. O termo faz referência a uma constante abdicação das ações que fazem parte da competência oficial do Sistema Único de Saúde - abdicação por parte das instituições e também das profissionais que fazem parte dessas instituições – que, segundo a autora, está relacionada principalmente ao *público-alvo* dos SUS, que são as pessoas pobres (LUNA, 2009).

Sendo o cuidado uma relação social cujo objetivo é o bem-estar do outro, julgamos que um aspecto importante para compreendê-lo é conhecer o outro, a partir dos significados constituídos por Lúcia e Rosa e o grupo de trabalhadoras com quem elas mais se identificam. Nesse sentido, verificamos que do *inferno*, metáfora que povoa as percepções de Lúcia e de um grupo composto pela maior parte das trabalhadoras técnicas do Centro, decorre ainda uma grande desvalorização social e moral dos/as usuários/as, na qual está implícita a falta de reconhecimento destes/as como sujeitos de direitos, semelhante à observação de Luna (2009), sobre a percepção dos/as trabalhadores/as do SUS.

Essa forma de perceber o outro não nos surpreendeu e, foi com base nos significados negativos sobre a comunidade em questão, amplamente conformados no senso comum da cidade, que a escolhemos como local de pesquisa. Sendo o cuidado uma relação, interessava-nos compreender como se dava o cuidado com as pessoas pobres e tidas como marginais, delinquentes, violentas. Observamos, como notara Sarti (1998), que, de diferentes formas, o significado das relações sociais que são estabelecidos na implantação de políticas sociais, por parte das cuidadoras, se dá majoritariamente no sentido de controle de antagonismos das condições sociais, da

manutenção das distâncias sociais (SARTI, 1998).

Diferentemente da idéia de salvação das próprias almas, que motivava as enfermeiras no século XVIII a cuidarem dos marginalizados (ALMEIDA, 1989), Lúcia e Rosa não buscaram os marginalizados. Ambas relataram não ter *escolhido* ir trabalhar na Laranjeiras. Elas passaram no concurso da Prefeitura como excedentes e só lhes restou essa opção. As primeiras lembranças delas sobre a comunidade remetem a essa visão negativa do local, e, no caso de Rosa, destacamos também o sentimento de medo relacionado a essa percepção.

*Deus me livre, como eu chorei. É...Eu perguntei para onde tinha vaga para ESF, daí a moça me falou: “ – Só lá na Laranjeiras”. O que eu ouvia falar da Laranjeiras ficou na minha cabeça. Eu ouvia falar na época horrores. Nossa...Eu subia isso aqui chorando...Eu falava: “Oh, meu Deus do Céu, por quê?” [Risos] Mas eu agradei e vim. Vim com muito medo, muito mesmo (Rosa).*

*Quando eu fui trabalhar ali (...) eu pensei que estava num Rio de Janeiro, num outro país, sinceramente?! Isso que a gente só vê na televisão...A coisa é bem pior, porque está tão perto da gente, está tão próximo, pessoas tão próximas que a gente conhece e vivem uma realidade dessa. São adolescentes no uso de drogas, cracks, sexo assim sem prevenção sem nada, gravidez não planejada. você vê isso todos os dias quando você passa ali. Isso mexeu muito comigo, pensar que a minha realidade é uma, a deles é outra e a gente tão próximo um do outro...tão perto na mesma cidade, poucos quilômetros de distância (Lúcia).*

Apesar de Lúcia e Rosa terem tido impressões negativas com relação à comunidade, em seus primeiros contatos, posteriormente foi possível distinguir as formas com que elas percebem essas pessoas. Como dissemos, Lúcia pensa de modo semelhante à maioria das técnicas de enfermagem e das demais trabalhadoras do Centro, distanciando-se das pessoas da comunidade, negando o outro de modo a se afirmar como diferente deste.

Lúcia pensa que *a sua realidade é uma e a deles é outra*, embora estejam *tão perto geograficamente*<sup>48</sup>. O que a assustou, como vimos no relato acima, foi principalmente o tráfico de drogas, e nota-se que as suas descrições sobre as usuárias do posto, estão associadas às descrições de pessoas como sendo todas elas moradores/as de rua, usuários/as de drogas.

*São pessoas que ficam para rua a fora, dormem na rua, vivem em função da droga. Não tem um prato de alimento, não tem um banheiro decente, uma cama para descansar e deitam ali na calçada, e levantam no outro dia e o que ganham, se é que ganham alguma coisa, fica naquilo, fica na droga (Lúcia).*

Lúcia percebe, de forma crítica, que a gestão das políticas públicas de saúde se dá de forma pobre para os pobres. Segundo seus relatos, especificamente no Centro de Saúde Laranjeiras, faltam recursos materiais e, de modo geral, são mais precárias as condições de trabalho. Ela lembra, por exemplo, que muitos Centros de Saúde da cidade já foram reformados, mas o Centro de Saúde da

---

48 Tanto Lúcia como Rosa moram em aglomerados localizados próximo do centro, semelhante a comunidade de Laranjeiras e próximos dessa comunidade.

Laranjeiras ainda não. Por causa disso, Lúcia justifica ter pedido a transferência de local de trabalho.

*É o último lugar que eles vão olhar (...) Ai você não tem sala para fazer acolhimento, você atende o usuário mal, você atende ele lá fora sentado no banco, todo mundo escutando o problema dele... às vezes, quando está todos os médicos atendendo. Então eu renovava o papel [pedido de transferência] e nada de sair, diz que vão botar funcionário novo... Ai um dia cheguei na secretaria né e falei com a moça: Mas ninguém? vocês não conseguiram ninguém para trabalhar na Laranjeiras e ela pegou e falou: Não, ninguém! Ninguém quer trabalhar aí! (Lúcia)*

No relato abaixo, depois de fazer tais ressalvas, relacionadas à má-fé institucional, mais especificamente no âmbito da gestão das políticas, ela ponderou sobre a imagem que se tem da comunidade (próxima da que ela também descreveu) e, por fim, considerou a *indisciplina* das pessoas uma importante questão para que o mal cuidado se dê, explicando que as usuárias não favorecem a realização do cuidado.

*Até mesmo pelo perfil da sociedade, pelo perfil da comunidade que a gente atende: são pessoas carentes, é uma comunidade frágil, discriminada, marginalizada por se tratar da Laranjeiras. Então assim, as pessoas de fora não dão crédito pros moradores que moram lá, e os moradores, acho que eles acabaram acostumando com essa imagem que têm deles, porque eu vejo assim, que eles são meio que apáticos né, não têm aquela perspectiva de melhora, de mudança...Igual ali tem muitos projetos sociais, tem o CRAS, tem cursos, inúmeros cursos, governo investe muito ali. E eles, abraçam: levantam dez horas da manhã, faltam muito às consultas, são meio indisciplinados nessa questão. E acabou que a imagem que fizeram deles é meio a que eles gostam de manter.*

Como dito, os relatos de Lúcia parecem descrever a visão mais geral das profissionais do Centro. De modo muito semelhante, Júnia, a gerente, quando nos recebeu pela primeira vez, explicou-nos que iríamos perceber que a *resposta dos pacientes* ao cuidado era muito ruim. Júnia disse que *o cuidado é uma relação, mas, às vezes, ele é mais uma necessidade do cuidar. Cuidar significa melhoria na condição de vida, eles [os/as usuários/as] não têm, acham que não têm direito.*

Como explica José Carlos Rodrigues (2006), cada relação social envolve certa distância social. Ela acontece numa dialética de aproximação e afastamento, sendo que, muitas vezes, essas duas dinâmicas coexistem numa mesma relação. Num movimento de aproximação ou afastamento, que pode ser exemplificado por uma conversa mais neutra ou mais aproximadora, por exemplo, indicamos o grau de distância que queremos estabelecer do outro (RODRIGUES, 2006). Como parte da vida social, essas distâncias não são absolutas, e é se referindo a elas que Sarti (1998) observou como, no SUS, as trabalhadoras, lançando mão de mecanismos informais ou formais que lhes são oferecidos, agem de forma a controlar os antagonismos das condições sociais, ou seja, mantendo as distâncias sociais.

Nesse sentido, os adjetivos que Lúcia dá para o outro, como indisciplinado, delinquente, que

vivem nas ruas, distanciam e diferenciam das pessoas que têm uma origem social semelhante a sua. Como observou Luna (2008), sobretudo por estarem geograficamente perto dos pobres, as técnicas de enfermagem - que adquiriram algum conhecimento incorporado ao corpo, um trabalho de carteira assinada e certa ascensão social - demonstram fugir ainda mais das frações delinquentes da classe, ou de pessoas enquadradas nesse estigma. Nota-se que, como vimos na história de Lúcia, para além dessa ascensão social, “o afastamento” dos perigos externos e a generalização do outro que é pobre e da favela, como sendo delinquente, é uma disposição constante da sua família, relacionada às práticas religiosas e à mediação com o que é externo a essa família.

Lúcia contou também que, quando as pessoas da sua comunidade ficam sabendo que ela trabalha lá, sempre comentam: *Nosso Deus, você é doída?!*

*Aí pensei comigo, uai gente, pensei comigo assim, uai porque ninguém quer trabalhar aqui, isso aqui é um posto igual qualquer um, tem pessoas lá que trabalham tem quinze anos, dez anos, a maioria dos funcionários na verdade né? (...) Aí é a imagem que o povo pinta lá fora. (Lúcia)*

Lúcia deseja sair do Centro de Saúde, ainda que afirme ser *um posto como qualquer um*. Lúcia não trabalha *no inferno*, ao contrário, ela trabalha sobretudo na sala de vacina, o lugar menos frequentado, onde a equipe de enfermagem costuma ir conversar. A sala de vacina, na metáfora, *é o céu*. Como explicou Rodrigues (2006), chamar alguém de deus, santo, significa algo desejável, e o contrário também se opera, como símbolos e racionalizações próprios do sistema de distanciamento.

## **1.2 Nós trabalhadoras/es: reconhecimento**

Por outro lado, há quem trabalhe de forma a aproximar os distanciados pela “má-fé institucional”. Embora a maioria das trabalhadoras resista quando tem que trabalhar *no inferno*, sobretudo no balcão de atendimento, algumas delas trabalham quase todo o período tendo contato direto com a comunidade. Este é o caso de Rosa, que, como já dissemos, trabalha mais na Sala de Enfermagem. De modo geral, notamos que ela e outras cinco profissionais parecem reconhecer no outro o que diz respeito à condição humana, bem como reconhecer as diferenças dessas pessoas, sem distanciá-las tanto do “nós”.

Rosa pensa nas pessoas da comunidade como batalhadoras, trabalhadoras, como em outros lugares. Como se nota na sua fala abaixo, ela percebe como as pessoas da comunidade enfrentam dificuldades cotidianas, reconhecendo assim as privações de direitos, como acessibilidade, muito embora, como veremos adiante, ela pense no atendimento da comunidade tendo como base a matriz “do favor” (SARTI, 1998), e não do direito.

*Eu vim trabalhar aqui, e hoje eu vejo que não é aquilo que pensava. Tem pessoas muito boas, moradores, os usuários. Tem pessoas como tem em outros lugares. Tem gente boa e tem gente ruim, mas a maioria é gente boa e que levam uma vida dura mesmo e não é fácil. Só de a gente ter que vir trabalhar e não ter um ônibus que passa na porta do posto eu já acho um absurdo. Imagina os idosos subindo aqui para consultar. Para chegar aqui tem que passar por dentro dos becos, se quiser encurtar caminho (Rosa).*

Rosa tem uma postura de aproximação com as pessoas no Centro. Diferentemente da maioria das trabalhadoras, ela não usa frases no diminutivo, nem se relaciona com as pessoas de forma maternal. Sua postura, num primeiro momento, enganou o nosso olhar, treinado a reconhecer a atenção para com o outro nas posturas mais maternais. Numa das vezes, quando acompanhamos Rosa num acolhimento, ela cumprimentou a usuária: “Oi, como que você chama?” e perguntou em seguida: “O que está pegando?”, prosseguindo com uma postura diferente da que se costuma observar entre cuidadoras.

Nesse sentido, uma fala de Lúcia, descrevendo a falta de condições de trabalho, no caso falta de tempo, nos ajuda a compreender como nem sempre as posturas aparentemente mais afetivas significavam reconhecer o outro ou estar mais próximo dele.

*Igual quando abro a sala de vacina e vejo uma fila enorme, aí você olha pro relógio e fala assim: Olha, tenho tanto tempo, tenho que preencher tantos cartões espelhos, eu tenho tantas mães para atender, tantas vacinas para fazer. Aí você já vai mecânico: Bom dia mãezinha, qual que é a idade da criança? Aí você já tem tudo gravado na memória: Bom dia mãezinha, qual que é a idade da criança? Ela vai tomar tal vacina. Pode dar reação, pode não dar. Fazer compressa fria. Voltar o mês que vem e tudo. E assim, às vezes você fica com aquilo mecânico né, às vezes a mãe fala assim: Nó, viu Lúcia...E você não tem tempo nem para conversar, para bater papo nem nada (Lúcia).*

Nesse contraste, aos poucos fomos compreendendo que, na maioria das vezes, a postura de Rosa não significava um descaso, mas, sim, de uma forma de expressar dela, que, inclusive, encontrava ressonância nas pessoas que procuravam o Centro de Saúde. Notamos que, sobretudo as pessoas em condições de vida ainda mais precárias entre o conjunto da população atendida nesse Centro de Saúde, nas quais se estampava a dificuldade de dizer, “pedir” algo, eram percebidas por Rosa e, às vezes, procuravam por ela. Na correria do Centro de Saúde, Rosa era uma das poucas pessoas que, também amiúde, se antecipava às necessidades do outro, indo ao encontro deles/as na sala de espera ou no corredor.

Essa postura de aproximação, como dissemos, não se restringe à Rosa. Também no Centro de Saúde, a Hozana, uma das médicas, e Luíza, uma das enfermeiras, além de Rosa, Cida e Janete, que são técnicas de enfermagem, demonstram ter maior abertura para reconhecer as necessidades da comunidade. Essas profissionais se esforçam para promover um atendimento digno, mais próximo das pessoas. E é na nitidez desse esforço que se reafirma a “má-fé institucional”, manifestada nas dificuldades com que essas trabalhadoras deparam para cuidar bem do outro, situação que Luna

(2008) havia observado, ressaltando que esta vai na contramão dos princípios do SUS. De forma semelhante às observações de Luna (2008), também notamos as forças opostas às tentativas de promover o bem-estar, que podem ser traduzidas em: má vontade de alguns, procedimentos burocráticos que dificultam os processos, falta de material, demora de médico ou tempo pequeno de permanência desses/as na unidade.

Nesse sentido, Hozana, a médica a quem nos referimos, é sempre muito criticada pela maioria das trabalhadoras da enfermagem. Elas desaprovam sua demora nas consultas, o que faz com que, às vezes, tenham que estender o tempo de trabalho com o público, já que quase todas as atividades com este se encerram por volta de uma hora antes do fechamento da unidade, ficando esta última hora destinada a trabalhos internos de organização. Na reunião de enfermagem que acompanhamos, Hozana havia sido criticada porque constantemente pedia que as técnicas, ao saírem pela comunidade para fazer visitas às famílias, levassem bilhetinhos para algumas pessoas, lembrando-as de comparecer ao Centro.

Rosa, em duas situações, também contou sobre seus esforços. Uma vez, falando sobre suas funções no Centro, disse que já trabalhou na vacina, mas *a tiraram* de lá. Contou que todo mundo a conhecia como “a moça da vacina” e também lembrou que as vezes guardava certa quantidade de doses da vacina, para que as crianças que tomaram a primeira dose não ficassem sem a segunda. Isso porque algumas vacinas exigem duas doses para completar o tratamento, mas nem sempre há disponibilidade dessa segunda dose para todas as crianças.

Também, ao acompanharmos o trabalho na Sala de Enfermagem, observamos que algumas pessoas chegavam para aferir a pressão arterial, mas traziam outras demandas, como consulta com dermatologista, psicóloga, etc. Algumas vezes Rosa conseguia agendar uma consulta sem que a pessoa tivesse que passar pelo acolhimento, como um favor prestado. Rosa reconhece as necessidades do outro, sobretudo quando o percebe como um trabalhador e, assim, quando nota que a burocracia pode prejudicá-lo, esforça-se para garantir-lhe o atendimento de outra forma. Ela também demonstra grande desenvoltura para fazer tais esforços sem ficar chateada com a instituição e, por isso, talvez seja mais constante nas suas atitudes, na contramão das forças opostas ao cuidado. Rosa nos contou isso como se fosse uma travessura, uma forma de burlar as “ordens”.

As atitudes dessas trabalhadoras, descritas acima, não parecem construir um capital simbólico entre as demais colegas de trabalho, sobretudo gerência e médicos, nem mesmo construí-lo de forma mais restrita, entre um pequeno grupo de trabalhadoras. As cuidadoras que reconhecem o outro parecem ser vistas também como mais próximas deles e, portanto, ficam à margem da equipe. Ao mesmo tempo, talvez porque sejam vistas como mais próximas das pessoas da comunidade pelos seus pares, elas manifestam-se com mais disposição para reconhecer o outro.

Nesse sentido, a partir da postura de cuidados para com a comunidade é que notamos que esse grupo de trabalhadoras se distinguia das demais também por serem mais inferiorizadas na unidade. Depois de distinguirmos esse grupo, notamos que era composto pelas duas únicas técnicas negras: a enfermeira, que é contratada (mais instável no trabalho) e mora na mesma favela em que Rosa vive<sup>49</sup>, e uma médica, que também era negra.

O relato de Rosa nos ajuda a perceber sua experiência prévia, como alguém discriminada de forma semelhante às pessoas da comunidade.

*Igual quando eu estava trabalhando na Casa da Fé...Eu peguei uma paciente e ela não era brasileira não. Ela estava internada porque tinha infartado. Aí eu cheguei para pegar o paciente...Como tem escala, a gente olha e tal...Quando eu cheguei perto do leito ela me deu um tapão no rosto...Quer dizer, foi uma história triste. [silêncio] A paciente? A paciente. Ela me deu um tapa no rosto e todo mundo ficou horrorizado. As minhas amigas comentaram... “ – Dá outro...”Aí eu falei assim...“Uma, que eu não tinha esse hábito, e outra que eu fiquei tão assustada, que eu saí de perto sem saber o que era...” Aí as médicas correram, todo mundo... “ – O que foi, por que você fez isso?” e olha que eu não tinha chegado nem perto dela. Aí ela falou: “ – Eu não gosto de preto não.” Olha para você vê... Eu fiquei sentida, mas pensei depois: “É o direito que ela tem...” [silêncio] O direito dela, mas...Aí elas entraram lá e falaram: “ – Hoje vai ser a Suely...”. E isso foi errado, né. “Só as meninas de cor clara vai cuidar da senhora”. Eu falei: “Tudo bem, né...” Eu fiquei dois dias sem cuidar dela, e a mulher era tão chata... e as meninas da escala, a minoria era branca. O resto era tudo negro. Aí as meninas falaram: “Não, nós não aceitamos isso não...” Nossas colegas que falaram. As colegas que não aceitaram, mas a chefia em geral não deveria ter deixado isso acontecer. (...) Todo mundo tinha que cuidar dela. Aí todo mundo cuidou dela? Tornou acontecer de novo... Caiu na minha vez de cuidar, depois de três dias. Quando elas me falaram, eu estava no balcão para receber o plantão. Aí eu falei: “Nossa mãe, mas fazer o quê...” Quando eu cheguei ela estava sentada no sofá e já estava recuperando do infarto. Já tinha passado mais de três dias, daí ela estava sentada no sofá, daí saí do balcão e vim andando... Eu estava aqui no meio para chegar perto dela e nem tinha ainda chegado perto... Eu ia para cumprimentar, e você acredita que na hora que ela me viu ela sofreu um infarto na hora? Aí eu gritei: “Corre, gente...”. Todo mundo correu, nós tiramos ela da cadeira, colocamos ela na cama...Eu até falei: “Vocês viram que eu nem cheguei perto dela!” Nossa...Dá até medo. Eles podem achar que eu fiz alguma coisa... É. Mas é Deus. Aí colocamos ela na cama, fizemos massagem e tudo... Mas eu nem tinha chegado perto dela, porque se eu tivesse chegado, ia dar problema. Eles iam achar que eu tinha feito alguma coisa...Na verdade eu já tinha perdoado. O marido dela foi lá, pediu desculpa porque ela tinha esse negócio de não gostar de negro... E isso é uma história triste, né...É muito triste...[Mas nota-se uma magoazinha...diz Celma] Ah, foi chato, foi... Ainda mais com o tapa que ela me deu no meu rosto. (Rosa)*

No que concerne às relações de cuidados, Tronto (1993) havia distinguido que os subalternos são as pessoas que cuidam dos poderosos, como no relato de Rosa. Mas o relato acima também nos leva a pensar e relativizar a **relação de poder que há entre cuidadora - ser cuidado, no que diz respeito ao cuidado no SUS**. No campo de discussão das relações de cuidado é comum perceber a cuidadora como quem tem poder na relação que ela estabelece com quem recebe o

---

49 É difícil encontrar enfermeiras de nível superior cuja origem seja uma favela.

“cuidado necessário”, aquele que a própria pessoa não pode desempenhar. E como alguém que não tem poder quando se trata de desempenhar o cuidado como um serviço, contratado para o conforto das pessoas que podem desempenhar o cuidado. Mas essa lógica é permeada por outras relações, como as raciais, e há que notar que ainda que haja vulnerabilidade do/a doente, diante da cuidadora que é subalternizada nem sempre essa vulnerabilidade determina menos poder.

Voltando ao Centro de Saúde, conflitos que constantemente acontecem são os desencontros nos fluxos dos prontuários, seja na versão eletrônica ou no papel. Pessoas estão aguardando para serem atendidas, mas as técnicas que estão no balcão deixam de fazer o seu acolhimento, isto é, *dar baixa na pessoa*. Assim, quando os médicos já estão no consultório com a fichas dos pacientes que serão atendidos, e elas percebem que faltou incluir alguém, é sempre um dilema fazer com que a pessoa seja atendida.

Lúcia e Rosa depararam com esse dilema, com relação ao mesmo médico. Lúcia precisava que o médico atendesse a pessoa porque Cida errara e não a havia lançado no sistema de atendimento médico na internet, sendo que essa usuária chegara cedo. No caso de Rosa, a pessoa se atrasou e ela notou que precisava de atendimento. No primeiro caso, como Cida não se sentia capaz de “pedir” ao médico, Lúcia conta como a ajudou:

*Marcelo também é outro que muito certinho com as coisas dele, horário dele é todo certinho e tudo, paciente chega atrasado ele não gosta de atender, o pessoal passa até aperto com ele. Hoje ele chegou lá e tinha uma menina que chegou umas oito horas e falou: “Eu tenho uma consulta com Marcelo”. Eu estava na vacina e falei: “ô Cida, dá baixa no nome dela, que ela chegou pro Marcelo e não tem agenda em cima da mesa”. Só que ela esqueceu, quando foi dez e meia da manhã, Marcelo indo embora e tudo, Cida chegou para mim: “Quem que é a menina?” [Explica que Marcelo não chamou, a menina estava desde oito horas esperando e todo mundo já ficou em pânico. Ela conta que foi até ele, a pedido da equipe e falou:] Marcelo, deixa eu falar com você uma coisa. Ele falou: Que é Lúcia? E a menina que chegou cedo e até agora você não chamou? Quem que é? Ele falou: Já chamei...Falei: Chamou não, porque ela está lá. Cedo? A que horas que ela chegou? Falei: Marcelo, eu recepcionei ela lá na recepção, ela chegou cedo ué. [Ele disse] Chama ela lá para mim! Você tem que saber né, o jeito que cada um trabalha. Marcelo e Marise são muito chato com agenda, tem que ser certinho, paciente atrasou eles não atendem, mandam remarcar e tudo. Que eu acho que é um direito do profissional, mas tem que ter uma tolerância, porque as vezes o próprio medico atrasa sabe...Mas, assim, eu consigo lidar bem com todos eles (Lúcia).*

Já com relação à situação de Rosa, foi Luíza quem nos contou a história. Um dia antes, havíamos participado de uma reunião da equipe (a única, na qual apresentamos a pesquisa), e nela Luíza havia dito às técnicas de enfermagem que ela já tinha feito a reclamação do médico, conforme elas combinaram. Luíza explicou que ele respondeu *que foi no Posto que aprendeu a ser sem educação*. Pedimos que ela explicasse mais sobre essa relação com Marcelo. Ela disse que ele não gosta de aceitar que as técnicas de enfermagem façam o acolhimento e completou: *hoje mesmo*

*saiu da sala que nem uma galinha brigando porque Rosa tinha dado baixa num paciente que chegou atrasado. Depois que ele tinha ido até Rosa para questionar alguma coisa, Luíza, rindo, conta que falou: Ô Rosa, você sabe por que Marcelo está aí gritando, né? Ao que Rosa respondeu: Sei...Olha aqui meu coração, vou ter um infarto, amanhã...*

Assim, algumas profissionais reconhecem no outro a necessidade de cuidado e precisam contrariar as normas, para garantir que seja atendido. Havíamos dito, quando discutimos a visão que se tem do outro como delinquente, que, na depreciação deste, estava implícito um não reconhecimento dos seus direitos. Percebemos, contudo, que não só nessa situação essa visão se manifestava. Ao reconhecerem os usuários como próximos e buscarem não alimentar a manutenção das distâncias, Rosa e as pessoas mais próximas dessa perspectiva o fazem também tendo como base a “matriz do favor”, que parece ser um modo comum de lidar com o outro no SUS (SARTI, 1998).

## **2 Por detrás da porta, novos cômodos, espaço médico**

Para entrar nas demais dependências do Centro de Saúde é preciso passar na porta que as separa da Sala de Espera Interna, onde trabalha o porteiro Cleber. Depois dessa porta, os demais cômodos estão situados em três grandes corredores, que formam a letra H. Os cômodos ilustrados muitos cartazes e recados. Alguns cartazes são bem antigos, de campanhas passadas do SUS, sendo que a maioria deles - com uma exceção do cartaz dirigido à juventude, com jovens de cor azul, rosa e vermelho - , traz imagens de pessoas brancas, serenas e sorridentes, diferentes das pessoas da Laranjeiras. Os avisos também são majoritariamente restritivos: “Favor NÃO retirar a balança do lugar”; “Prezados, estamos com escassez de papel toalha, use com critério”; “Favor falar baixo”; “A sala de vacina funciona das 8h às 16h30min” (riscado à caneta o número 30, substituído por 00).

Internamente são oito consultórios, além da Clínica Odontológica, do Escritório de Controle de Zoonoses, da Sala de Reuniões, de dois banheiros, da cozinha, do depósito, da Central de Materiais Esterilizáveis (CME), da Farmácia e da Sala de Vacina, sendo que, como dissemos, estas duas têm abertura para a área externa. Cada consultório tem uma escala de trabalho referente a sua ocupação, que fica afixada na porta. Como disse Lúcia, a enfermagem normalmente atende nessas salas na ausência de médicos/as, e quando eles/as estão todos/as lá, as técnicas de enfermagem e enfermeiras coordenadoras precisam se organizar e atender onde puderem, seja na varanda, seja nos bancos da sala de espera. É nos consultórios que os/as usuários/as geralmente são acolhidos na parte da manhã pelo pessoal de enfermagem e atendidos pela equipe médica; ou pelas enfermeiras

coordenadoras, na parte da manhã e da tarde, dependendo da disponibilidade.

Na maioria dos espaços não é possível observar o outro cômodo, com exceção da Sala de Espera e o balcão de atendimento. Desse modo, todas as nossas observações são bastantes perceptíveis aos trabalhadores/as. Para observar, precisamos entrar nas salas, as quais normalmente estão de portas fechadas, se ocupadas em razão de um atendimento ou uma conversa entre funcionárias. Fora os consultórios que são utilizados pela enfermagem no acolhimento, o outro lugar frequentado pela equipe de enfermagem é a Sala de Reuniões.

Esta é uma grande sala, com duas mesas para 12 pessoas, decorada com três mapas correspondentes as áreas sob responsabilidade de cada ESF. Os mapas foram confeccionados pelas Agentes Comunitárias de Saúde, e é comum encontrá-los nos demais Centros de Saúde do Estado. Feitos no isopor, os mapas da Laranjeiras são compostos de casas recortadas de papel, igreja, venda, como os mapas mais comuns. O que os diferencia são as muitas imagens de caveiras e de carros de polícia, mostrando os pontos de tráfico e consumo de drogas e também os locais com policiamento.

Na Sala de Reuniões se reúnem os grupos operativos. Presenciamos duas reuniões com grupos, as únicas que aconteceram no período desta pesquisa. Uma delas foi com um grupo de gestantes com as quais trabalhava a equipe do NASF, para explicar a importância de se fazer pré-natal e para cadastrá-las no cadastro de gestantes do SUS. A outra foi com um grupo de diabéticos e hipertensos, realizada por uma das médicas, que informava as usuárias sobre hábitos saudáveis, aferia a pressão arterial e renovava suas receitas de remédios.

Ela também havia explicado que, às vezes, elas fazem alguns grupos de pessoas hipertensas e diabéticas. Disse que, como as/os médicas/os costumam receitar-lhes a medicação para 30 dias, era agendado um mesmo dia para que todos os hipertensos e diabéticos voltassem ao Centro de Saúde. Percebemos que esses grupos funcionavam como uma oportunidade de mutirão, para que o trabalho fosse mais ágil. Nesse dia, caso sua glicose ou pressão estivesse alterada, essas pessoas seriam examinadas novamente. Enquanto as/os médicas/os examinam as pessoas que precisam, elas preenchem a receita para a/o médica/o assinar e dão algumas orientações sobre alimentação, *sobre a vida*, explica Rosa. Já Lúcia conta que os grupos são *só no papel, teoria*, raramente acontecem.

## 2.1 “Fazer viver e deixar morrer”?

Os grupos operativos são, ou deveriam ser, uma atividade foco da enfermagem, de acordo com a política de prevenção do SUS. O fato de esses grupos obedecerem uma razão instrumentalista reflete outra postura da equipe, ao contrário dos esforços para cuidar. Essa postura não se explica somente pelas condições precárias de trabalho, pela desorganização, pela falta de reconhecimento dessa atividade como importante, como percebem Lúcia e o grupo mais próximo dela. No âmbito das relações de cuidado, isso nos ajuda a compreender uma noção comum entre as técnicas de enfermagem, que é a de coisificação do outro, que, por sua vez, é considerado genericamente como delinquente, indisciplinado, sem vontade de vencer na vida. Nessa perspectiva, o outro é quase sempre compreendido como aquele que “é” de um jeito, e não aquele que está em constante movimento de “tornar-se”. A idéia é que as coisas e as pessoas são assim, e assim elas vão permanecer. Com base nessa perspectiva, há pouca esperança de realizar alguma prevenção dos possíveis agravos à saúde.

Nesse sentido Lúcia e seu grupo percebem que as pessoas na Laranjeiras não querem receber cuidado, *pois acordam tarde, faltam às consultas*, e, quando procuram o Centro, a demanda é sempre por atendimento médico e remédio.

*O que faz o usuário hoje lá da Laranjeiras feliz é a farmácia. Se eles chegarem no posto e não tiver medico, eles xingam e eles voltam no outro dia, voltam amanhã, à tarde...mas se a farmácia tiver fechada, é um absurdo, que eu vou ligar para Secretaria [de Saúde], chamar polícia. E me deixa triste isso, porque é uma medida curativa, é para tratar uma dor, uma doença que poderia ter sido evitada. Aí assim, eu acho que devia fazer mais programas educativos, mais grupos educativos, às vezes a gente leva idéia e o povo fala: “Ah, que a gente já tentou, não deu certo”. E aquilo joga um balde de água fria. (Lúcia)*

Também Cleber, que é o porteiro da Centro e morador da comunidade, contou que as pessoas chegam e só perguntam sobre a presença das/os médicas/os .E ele até já sofreu ameaças porque nem sempre a ordem de atendimento coincide com a ordem de chegada. Cleber diz que as pessoas são muito *sem educação*, e algumas perguntam se ele não conhece a favela, se não tem medo, em tom de ameaça. Ele explica que também é morador da comunidade e é porque é trabalhador e não fica na rua, como eles/as, que alguns/as não o conhecem.

Com base em diversos estudos, dos quais destacamos os organizados por Jessé de Souza (2009), percebemos que há nas comunidades pobres, devido à inserção precária no mercado de trabalho e às condições objetivas de vida também precárias, uma maior dificuldade de se projetar o futuro, ter autocontrole, articulação e planejamento. Tais características fazem com que a população

se mobilize para reivindicar seus direitos no viver do cotidiano, de acordo com suas disposições, que estão menos relacionadas a um engajamento político, a uma dinâmica fixa, manifestando-se de forma muito pontual e urgente, como reclamar por remédio e atendimento da medicina.

Lúcia contou que começou a trabalhar no posto *toda empolgada! Oba! Vou fazer prevenção, trabalhar com promoção da saúde, cuidado, mas...(...)*

*Aí você chega lá a realidade é totalmente outra, a medida é mais curativa, né. Pacientes crônicos, e não se trabalha muito com prevenção, infelizmente. Assim, eu não sei em outros Centros de Saúde, mas eu fiz estágio no Jaqueline, no Centro de Saúde do Guanabara, sou usuária do Centro de Saúde aqui do meu bairro...então assim se trabalha pouco com prevenção e promoção da saúde, acho que o governo podia investir um pouco mais, a prefeitura em si. Aí eu quebrei um pouco o gelo, [pensou] nossa então na realidade tudo que eu estudei não é nada daquilo, é medicamento, medicamento (Lúcia).*

Carmen, que, segundo Lúcia, é uma amiga, e não colega de trabalho, a quem, por isso, entrevistamos, trouxe um relato que nos ajudou a compreender os vários pontos dessa questão. Ela explica como a violência, a pobreza, as drogas *viram questão de saúde*, percebendo a complexidade da prevenção de agravos à saúde. Ela também nota como o remédio é uma solução pontual, urgente, e esconde a origem do problema, que é complexo. Mas, por fim, Carmen diz que todos esses tempos e espaços precários em que vivem as pessoas, somados ao descaso das políticas públicas voltadas para elas, não determinam suas trajetórias. Isto a leva a perceber as possibilidades de cuidado na dimensão da religiosidade - que não é considerada como uma possibilidade de cuidado no trabalho - , dimensão que ela, Lúcia e Júnia, a gerente, acreditam ser o caminho individual para a conquista de algum bem-estar.

*eu acho que, a saúde é que está levando isso tudo, porque isso é questão social, do estado, não é isso? A Dona Maria está ali tomando remédio, mas ela ouviu tiro de noite, é o filho que está na droga, a filha na prostituição...aí vira questão de saúde. E assim, eu acho que nós população é deveríamos enxergar de outra forma porque... aí o governo vem, coloca médico para atender, a pessoa vem toma remédio e ah, fica feliz. E fica escondido a origem do problema, questão social, dinheiro, falta de dinheiro...por mais que eu acho que agora já virou uma bola de neve que é difícil. Então antigamente o pobre não ia para escola, você fica o dia inteiro com a criança, só que agora o povo já está bitolado, é isso aqui e pronto e acabou. Eu acho que muita culpa é na questão da saúde, que deveria ser resolvida de outra maneira pelo estado: emprego, educação. O pessoal não tem emprego porque não tem boa educação, né...é isso, agora eu, se eu falar também questão espiritual, pode? Pode sim... E também tenho minha vida espiritual, sou evangélica, e também eu vejo como questão espiritual, as pessoas poderem procurar mais Deus, porque eu também sou pobre, eu corro atrás, não tenho nível superior mais graças a Deus eu tenho meus filhos, faço o que posso para dar educação (Carmen).*

E, nesse sentido, o que se desenha de modo geral é um ciclo, em que, como notou Sarti (1998), os/as usuários/as, ao internalizarem a autodesqualificação, reiteram a sua posição social. Assim, as reivindicações, embora presentes e urgentes, estão bastante associadas ao mínimo que se

pode ter. Daí a grande importância dada ao remédio, que também pode estar associada ao direito de “ter” mercadorias, cada vez mais presente na saúde (WALDOW, 2010) e a uma concepção biomédica desta. Assim, este é o mínimo que se pode desejar para “fazer viver e deixar morrer” (Luna, 2009).

Pensamos que essa autodesqualificação precisa ser abordada, buscando-se um caminho para a superação das desigualdades sociais, as quais fazem parte de um processo complexo, como já dissemos. No entanto, as mudanças de cunho macroestrutural devem acompanhar as mudanças ao nível das relações sociais cotidianas, e, nesse sentido, buscamos não só compreender “a descrença” das profissionais, mas perceber dilemas a serem superados e pistas por onde caminhar.

### **3 Entrando nos cômodos, desvelando habilidades: a sala de curativo, central de materiais esterilizáveis e a farmácia**

Para cada uma das demais atividades desempenhadas pelas técnicas de enfermagem, de forma semelhante às atividades na Sala de Enfermagem onde trabalha Rosa, a escala de trabalho segue uma lógica das habilidades que é legitimada pela equipe. As profissionais trabalham em cada um desses locais, de acordo com algumas habilidades requeridas para aquele trabalho, que são (re)conhecidas em uma ou outra profissional, embora a “idéia” da gerência é que toda a equipe deva ser capaz de desempenhar todas as funções, como me explicou Júnia.

Assim, trabalhar na Farmácia está relacionado ao uso da tecnologia de informática, já que é necessário ter feito o curso sobre o sistema de informações específico dos Centros de Saúde. Zilar quase sempre está designada para essa função, já que ela passou pelo treinamento. A Farmácia é um pequeno cômodo (aproximadamente quatro metros de comprimento por dois de largura), onde há algumas estantes de ferro, com antigos potes de sorvete que servem para guardar as medicações, identificadas na parte externa destes. No fim desse cômodo há uma janela com grades que comunica com a varanda da entrada. De frente para a janela com grades, está a mesa de computador e uma cadeira de rodinhas.

A Farmácia é o local onde o sistema de informática mais tem sido mais utilizado. As receitas prescritas pelas/os médicas/os durante a consulta chegam pela rede de internet até lá, onde são abertas. Zilar entrega os remédios prescritos, depois de colocá-los em um saquinho e conferir a identidade da pessoa. Ao entregá-los, ela diz em voz alta o nome dos medicamentos, para que a pessoa confira com a receita. Algumas pessoas não sabem ler, e a grande maioria não acompanha a checagem. Nessa salinha também está sempre funcionando o rádio de Zilar, e todos sabem que tirá-

la de lá é confusão certa. Zilar é bastante introspectiva e séria e não demonstra simpatia para a conversa com os/as usuários/as, nem com as/os colegas de trabalho, sendo conhecida como uma pessoa “difícil”. Essa é a característica “não dita” que também contribui para que atender na Farmácia seja sua função.

Quando conhecemos Rosa, ela estava na Farmácia, já que Zilar não estava no Centro de Saúde. Chamou-nos a atenção o fato de ela identificar algumas patologias de acordo com a medicação, ou talvez também já conhecesse as pessoas e suas respectivas doenças. Como dissemos, ela constantemente comentava, depois de ler a receita: *ah, foi infecção urinária?, está controlada a pressão?*, demonstrando o saber e também interesse pelas pessoas.

Outras duas salas são a Central de Materiais Esterilizáveis (CME) e a Sala de Curativo. Nesses lugares, funções como coleta de sangue, esterilização de materiais e organização e limpeza dos equipamentos de saúde ficam por conta de uma funcionária chamada Zuleica, com o auxílio de Ana, ambas técnicas de enfermagem. Ana, por causa de uma depressão, está *desviada da função* e não trabalha diretamente com os/as usuários/as, mas exerce funções das técnicas de enfermagem, o que caracteriza o cuidado indireto. A coleta de sangue acontece todos os dias entre as 8:00 e 8:30 horas. Zuleica colhe o sangue e também recolhe outros materiais de exame, como fezes, urina, escarro, os quais já chegam nos potes que foram entregues previamente, durante a consulta médica. Um/a funcionário/a da prefeitura pega os materiais para exames todos os dias às 9:00 horas aproximadamente. Alguns materiais de curativo e da ginecologia são materiais não descartáveis, os quais Zuleica e Ana lavam e organizam para que os/as funcionários/as da prefeitura busquem às 16:00 horas e levem para esterilizar. Existe uma sala especial para isso, que é chamada de Central de Materiais Esterilizados, com pia e bancada para lavar os materiais e um armário onde ficam os materiais recebidos. Os demais equipamentos de saúde [biombo, maca, armário de medicação] não podem ser limpos pela serviço de limpeza terceirizada, e quem os organiza é Ana.

Na Sala de Curativo, Patrícia, que é formada em enfermagem e faz curso de especialização em curativos, é a funcionária escalada com mais frequência, embora Lúcia também possa ser destacada para essa sala. Patrícia demonstra orgulho em não ter nojo, realizando assim práticas não mais protocoladas pela enfermagem, como lavar e esfregar as feridas com gaze e sabão, que, segundo ela, limpam direito.

### 3.1 Mulheridade e práticas físicas de distanciamento

As atitudes de Patrícia na Sala de Curativo parecem resgatar um *savoir-faire* aprendido pelas mulheres possivelmente nas suas famílias, na medida em que se trata de práticas não mais normatizadas pela enfermagem e que não foram ensinadas no curso de especialização em curativos, do qual Patrícia participa. Tal fato foi confirmado por ela, que nos disse que, do modo como ela aprende, que é limpar com jato de soro morno, não limpa a ferida.

Patrícia é uma funcionária que sempre se manifesta sobre o peso do trabalho da enfermagem, sempre reclama da dificuldade desse trabalho, embora sem muitos detalhes. Observando sua prática, percebemos que há sempre uma intensa necessidade de limpeza, atributo que comumente é designado como próprio da feminilidade. Numa das vezes em que a acompanhamos, ela fazia um curativo num pessoa moradora de rua, a qual tinha uma ferida cheia de miíase<sup>50</sup>. Patrícia deu-nos uma máscara para tolerar o odor e, quando acabou o curativo, perguntou-nos se o havíamos achado *forte*. Em seguida ela mostrou que colhia sempre capim cidreira e colocava dentro da máscara, para amenizar o cheiro que vinha da ferida e limpar *até cansar*.

Ela demonstra atitudes de orientação para o outro, já que ela cria estratégias para suportar o odor e estar próxima do/a usuário/a, de modo a cuidar dele sem pressa. Mas essa atitude não é isolada. Patrícia faz parte do grupo das pessoas que não reconhece os/as usuários/as ou que frequentemente os/as percebe como delinquentes. Além disso ela alterna desprendimento emocional e intenções humanistas. Nesse sentido, o conceito de “mulheridade”, descrito por Pascalle Molliner, nos ajuda a compreender essa aparente alternância de posturas, que se inscreve no que entendemos por feminilidade.

Segundo a autora, a mulheridade é “uma identidade defensiva de sexo”, cuja noção designa o conjunto das condutas com as quais uma mulher se esforça para evitar as represálias das quais tem medo de ser vítima, se ela não se conformar ao que é esperado das mulheres (MOLLINIER, 2004). Nesse caso, o que é esperado de Patrícia é que ela limpe, seja asseada, não tenha nojo das secreções, o que também seria esperado de um técnico de enfermagem do sexo masculino. Mas, na profissão de mulheres e para mulheres, o que se supõe para superação dos obstáculos “coincide” com os atributos da feminilidade. A mulheridade como atitude de defesa também se manifesta nas profissões masculinas, demandando recursos simbólicos da virilidade. Elas ajudam a guiar, por exemplo, condutas masculinas que causam repulsa, nojo, como ter que “vigiar” trabalhadores de uma obra de construção civil, demitir as pessoas, matar animais no açougue, coletar lixo.

A noção de mulheridade deriva da psicodinâmica do trabalho, quando essa disciplina passou

---

50 A miíase é um tipo de infecção desencadeada pela picada de certas moscas ou pela presença de larvas na pele. É comum nas feridas expostas ao ambiente (sem curativo), sobretudo referindo-se a lugares com grande presença de insetos. Esse tipo de infecção é popularmente conhecida como “bicheira”.

a mostrar que, para defender-se do sofrimento no trabalho, as pessoas também cooperavam com este. As estratégias de defesa com base na feminilidade são centradas em um universo simbólico partilhado, que ganha consistência pelo fato de ser organizado por crenças ou atitudes que reduzem a percepção das realidades suscetíveis de gerar um estado de sofrimento, como o nojo. Essa clivagem da feminilidade responde a imperativos defensivos que são incompreensíveis sem referência à organização do trabalho (MOLLINIER, 2004) e sem referência nas relações sociais de modo substancial.

Defesas como a mulheridade e virilidade orientam formas de pensar, ocultando uma parte substancial da experiência que traz sofrimento e já não faz mais parte do debate. Essas defesas podem, em alguma medida, embelezar a realidade, como no caso acima, eliminando o odor, deixando o outro limpo, mesmo que ele seja um morador de rua. Mas, como dito, constantemente oscilam com atitudes violentas. Nesse caso, a parte ocultada da realidade é o nojo. No curativo, é como se simbolicamente Patrícia colocasse as questões da vida na ordem socialmente legitimada.

Como observou José Carlos Rodrigues (2006), o temor a doença e a razão de ser vista socialmente como perigosa, intermediária entre a vida e a morte, fazem com que as sociedades protejam o/a doente de formas simbólicas e também se protejam do/a doente. Nesse sentido, em algumas sociedades é proibido tomar banho ou se barbear quando se está doente, o que torna a pessoa repulsiva. Faz parte dessa contradição (humanismo versus defesa e feminilidade versus mulheridade) o controle físico e agressivo dos corpos de modo a proteger o/a doente da sociedade, que tem seus padrões e normas hierarquizadas, e também se proteger dele/a. Patrícia, por exemplo, recorre sempre à forma mais “limpa” possível, extraíndo da ferida inclusive os tecidos vivos e potenciais reabilitadores da pele. Como vimos, Mollinier (2004) faz uma ressalva com relação à ética do cuidado que se arrisca a uma representação do cuidado sem contradições. Nesse sentido, assim como Tronto (1993) tinha ressaltado o “mau cuidado”, Mollinier (2004) chamou a atenção para o sentimento de ódio, que leva algumas mulheres no trabalho de cuidado a quererem o mal para alguém, e até a se sentirem bem por isso.

Aproximamos as nossas observações também do ódio como forma de orientação no Centro de Saúde. Num dos dias em que acompanhávamos o trabalho de Lúcia na farmácia, Patrícia entrou e disse: *Atendi sua paciente lá*, num tom de brincadeira, eufórica. Ela contou, como quem conta um desafio, que Joana, que tinha uma ferida nas axilas, queria que ela lavasse a região com água e sabão. Lúcia respondeu que, no lugar de Patrícia, falaria com Joana *que só lavaria seu próprio sovaco*. E nos explicou que até lavava pé, braço, de gente sem informação, idosa, acamada, mas de uma menina de 20 anos, não. Para piorar a situação, a paciente não tinha depilado a região, e Patrícia, por causa disso, conta que esfregou bem forte o soro com gaze (Patrícia nos mostra como fez), levando a paciente a reclamar. Depois, as duas comentaram que Joana poderia ter cortado os

pelos que ficam ao redor da ferida, *raspar que seja*, e do quão *nojento é aquele tanto de cabelo*.

Concordamos com Mollinier (2004) que esse tipo de ação, que chega a ser violento, nos faz questionar sobre sua origem e também sobre as formas de preveni-la. Histórias parecidas são comuns no âmbito da enfermagem, como usar o maior cateter para fazer lavagem intestinal em quem tenta suicídio ou colocar mulheres que fizeram aborto para se recuperarem na mesma ala de mulheres grávidas. Podemos perceber, na situação, um exercício radical do poder, cuja orientação para a ação mais uma vez escapa à ética do cuidado, ou seja, não expressa a responsabilidade pelo outro, colocando em prioridade os sentimentos próprios, como nojo com relação aos pelos, muito relacionado, por sua vez, a convenções sociais sobre o corpo da mulher e às “desordens” do orgânico, aquilo da natureza dos corpos que as culturas tentam controlar, como forma mesmo de afirmá-las como cultura.

Sarti (2001) adverte para o caráter sempre social do corpo e das representações sobre ele, em que realidade objetiva e simbólica não existem uma sem a outra. As clivagens de classe, etnia, gênero, entre outras, são destacadas pela autora como elementos constitutivos das construções simbólicas e expectativas em relação ao corpo do outro e às relações de cada um com o próprio corpo. Para Lúcia, como vimos, de uma mulher jovem deve-se esperar um corpo não apenas cuidado, mas correspondente aos padrões estéticos e higiênicos socialmente reconhecidos e prescritos. Incidem aqui, também, as expectativas sobre sua capacidade de suportar a dor que lhe será imposta, o que, talvez como nos ritos das sociedades tradicionais, possa funcionar como elemento de aprendizagem dos comportamentos esperados (SARTI, 2001).

Nessa direção, com uma postura mais ativa de controle dos corpos, dos hábitos e de ensinamento dos comportamentos esperados, Lúcia explica como entende que deveria se dar a prevenção de gravidez precoce.

*[Ela pensa que deveriam explicar para as adolescentes o que vai mudar nas suas vidas, caso elas fiquem grávidas] Deixar de [sair para] dançar e tudo para segurar criança, ou então: você vai deixar a criança com a mãe? Acho paras adolescentes, devia ter uma coisa mais voltada para isso: Doenças Venéreas, O que é DST? Acho que tinha que ser para isso...coloca lá um Cancro Mole, uma Gonorréia, que são doenças sexualmente transmissíveis. Coloca lá que é para causar impacto. (...) Quando você já tem uma formação, estudou, trabalha e é independente, você se vira nos trinta. Mas e quando você não estudou, não tem apoio da família? O que na maioria das vezes acontece, na maioria das vezes não tem [como apoiar] (Lúcia).*

Patrícia se protege e em certa medida “protege” o outro da sociedade, na tentativa de ensinar-lhe práticas e comportamentos esperados. Não podemos deixar de ressaltar mais uma vez que, como condições objetivas, não somente nos deparamos com mulheres das classes populares cuidando de pessoas das classes populares (ambas em situações constantes de violência), mas também com condições objetivas de trabalho muito precárias, que não priorizam o cuidado. Como

Lúcia lembrou: *Você atende o usuário mal, você atende ele lá fora sentado no banco, todo mundo escutando o problema dele.* Além de as condições de trabalho não serem sempre adequadas à prática profissional (iluminação ruim, poeira, poucas salas para atendimento), a categoria dos/as profissionais técnicos/as de enfermagem é muito desvalorizada, o que se expressa pelos baixos salários e jornada de trabalho extensa.

Olhando noutra perspectiva, a do ser humano que recebe cuidado, também notamos uma postura agressiva. Como dissemos, no senso comum da cidade e da maioria das pessoas do Centro de Saúde, está impregnada a imagem dessas pessoas como delinquentes. Concordamos com Lúcia que a comunidade sabe dessa imagem e por vezes se apropria dela: a identidade se constitui em relação com o outro. Assim, ao que observamos, as pessoas também se utilizam da violência como um mecanismo de defender-se do mal cuidado. Objetivando agredir as cuidadoras, é comum perceber os usos de elementos orgânicos não controlados do corpo para agredir, como havia observado Rodrigues (2006). Como afirma o autor, na invasão da cultura pela natureza encontra-se a maioria dos insultos e agressões graves, como o nojo, exemplificando com os violentadores e os insultos escritos nas portas de banheiros.

Carmen, que é amiga de Lúcia, falou sobre a postura dos/as usuários/as (comparando com seu trabalho anterior). As atitudes que ela descreve como sendo *falta de pudor* também foram observadas por nós durante o trabalho de campo.

*É cansativo, na questão do paciente, tudo dia os mesmos pacientes, as mesmas queixas, aí que rola uma questão social que eu estou aprendendo a conviver. O que eu vejo na população que eu atendia, era um pessoal é, com mais pudor, brigava também tudo...mas eu vejo que o povo tinha mais pudor. A questão de pudor, onde eu trabalhava, tipo assim se eu fosse atender uma prostituta, um soro positivo, eles vinham baixinho...falava: posso conversar com você em particular? Você tinha que trancar com as pessoas numa sala para eles se abrirem. Eles não se abriam com todos, só com quem eles tinham confiança, e aqui eu vejo que se eles puderem eles gritam no corredor, que são aidético, fumam mesmo...transam mesmo, e eu senti sabe, coisa assim que para eles era normal, custei para acostumar. E o que me abala muito, eu sou muito sensível sabe, essa questão do social tem hora que me deixa muito abalada aqui, eu tento não levar para casa, porque é difícil para mim, eu tenho que me manter, ser forte: não Carmen, você é forte. Um dia por exemplo chegou para mim uma criança passando mal, e você saber que a criança está passando mal e que também é alguma questão dentro de casa, de agressão física, maus tratos...então assim, tem horas que, já teve situações aqui que eu tive que entrar para o banheiro para chorar. Então assim, eu fico com dó, gente se está assim aqui na minha frente, imagina em casa. A questão da Laranjeiras, da população da Laranjeiras, o que me deixa muito entristecida aqui são essas questões, mau trato, violência...principalmente com criança, idoso, então a gente vê cada coisa (Carmen).*

A chamada falta de pudor diz de uma agressão comum das pessoas da comunidade. Constantemente elas violentam e agredem as trabalhadoras e ao mesmo tempo se previnem do descaso com elas mesmas, que é quase certo, utilizando-se do nojo por meio das representações de

“forças incontrolláveis da natureza”, como, por exemplo, ser aidético, transar de forma considerada promíscua, que causam medo, repulsa. Nesse sentido, a distância social que essas pessoas estabelecem, mantendo a ordem das coisas sem questioná-las, também é alimentada pelos/as usuários/as.

Como descreveu Rodrigues (2006), no sistema de distanciamento social, sempre que se deseja aproximar-se de alguém atribui-se a esse alguém uma posição desejável (fulana é uma rainha, ciclano é um deus), e, no caso contrário, segue-se a mesma lógica (fulano é um mendigo, burro). Como vimos, há uma postura no sentido de manutenção da ordem das coisas, do distanciamento social do outro, sendo essas as mais comuns entre as cuidadoras. Também a população experimenta um processo de exclusão intenso que estabelece capacidades (biológica, social, psicológica e econômica) de se protegerem (ou não) dessas circunstâncias. A noção de exclusão social relacionada a exclusão social em saúde contraria a equidade, que pode ser representada pela “má-fé” institucional observada na lógica interna do SUS, e que se agrava se colocada em relação com outros subsistemas existentes, em um nível de análise mais restrito (ESCOREL, 2011).

Compreender esse ciclo do trabalho de cuidado é interessante, para percebê-lo para além de sua visão idealizada, comum nos trabalhos acadêmicos feministas, ou tecnicizada, comum nos trabalhos da enfermagem. Mas certamente é preciso compreender as brechas para que o cuidado possa se estabelecer com um olhar mais atento no outro que o recebe, no reconhecimento desse outro.

#### 4 Rumo ao céu, enfim o cuidado?

Por fim, chegamos ao último cômodo interno que se abre para a varanda, o externo: a Sala de Vacina. A Sala de Vacina é percebida como um lugar calmo, bom de trabalhar, já que tem pouca gente e pouco trabalho. Ela também é um lugar de *status*, já que quem trabalha lá deve dominar o calendário de vacina e as doses<sup>51</sup>, que são considerados difíceis e que demandam “muita memória”, semelhante à disciplina da anatomia no campo da saúde.

Lúcia, que é considerada jovem e que, por isso, aprende fácil, é quem trabalha lá. As atividades da Sala de Vacina consistem em atender a todas as pessoas que solicitarem a vacinação. Nela Lúcia verifica as vacinas que são necessárias para a pessoa, aplica-as e agenda no cartão de vacinas delas e no cartão espelho [cartão que fica no Centro de Saúde] as próximas doses. Comumente ela verifica o cartão de vacina do/a usuário/a e compara-o com o calendário de vacinas estabelecido pelo Ministério da Saúde, que ela já tem gravado na memória. Como responsável pela sala também deve anotar a temperatura da geladeira no início e no fim das atividades. As atividades de vacinação se encerram às 16:00 horas, como na maior parte das atividades com os/as usuários/as no Centro de Saúde. Lúcia me explica que nesse setor as atividades podem se encerrar antes, pois algumas vacinas têm vida útil de poucas horas e não compensa serem abertas faltando uma hora para encerrar o expediente, porque provavelmente não seriam usadas todas as doses nesse período de tempo. Essa prática evidencia a lógica da eficiência, e não do atendimento das necessidades das pessoas, uma vez que são principalmente as pessoas que trabalham que costumam chegar na hora em que o Centro está para fechar.

Lúcia demonstra ter domínio do calendário das vacinas e demonstra tranquilidade para vacinar as crianças, com firmeza e agilidade nas mãos. Lúcia não olha muito para as pessoas, pega o cartão, anota o procedimento e devolve, explicando as possíveis reações. Também as pessoas não costumam conversar com ela, falam mais quando têm medo. Na Sala de Vacina há uma cadeira e uma mesinha e, por várias vezes, observamos Lúcia sentada, lendo uma bíblia verde, que ela diz ter ganhado de um paciente, a qual fica sempre sobre a mesa. A Sala de Vacina é também o lugar onde mais acontecem conversas entre as funcionárias, sobre roupas, filhos/as, usuários/as e gerência do trabalho.

Nessa sala é realizado o Teste do Pezinho, sendo essa uma atividade que Lúcia considera importante porque *é quando ela para as atividades para dedicar um tempo maior*. Segundo ela, esse é um momento muito importante para a mãe, o que exige mais tempo para esclarecimentos. Ela conta sobre essa atividade como um exemplo de situação em que *cuida bem*.

---

51 O calendário de vacinas e as respectivas doses é estabelecido pelo Ministério da Saúde, de acordo com a idade do usuários e outras situações, como gravidez, por exemplo.

*Aí, você conversa com ele, explica porque que você está fazendo aquilo, pergunta se ela está amamentando, olha se a criança está com icterícia...isso tudo a gente faz na sala de vacina. Você apalpa, você olha se a criança está com icterícia, se o umbiguinho [está sem sinal de infecção], como que a mãe está cuidando, como que ela está amamentando. Explica para ela, para quem serve o teste do pezinho, [para detectar] doenças que a criança possa ter ou nascer com elas. Aí faz isso tudo, se a criança estiver bem, você vê que a criança está mamando bem, que está amamentando direitinho, você vê que é uma mãe que tem algum conhecimento, que tem autonomia [aí] você agenda com a enfermeira, encaminha para enfermeira para fazer avaliação nutricional. Quando você tem vínculo, você chama o pediatra para olhar com você, se está amarelinha, se não está...Essa é a parte mais bonita, mais bacana, que o que a gente faz, e faz bem feito. (Isabela pede à mãe para jogar um joguinho no computador, mas ela só deixa depois de terminar o exercício da escola) Independente da Unidade está cheia ou não está, cada criança que faz o teste do pezinho é no mínimo trinta minutos que ele fica. A gente tem um tanto de formulário para preencher; um tanto de informação para passar para mãe...É ali que você conquista a mãe, que você vai falar com ela qual a importância de fazer o controle da criança, puericultura...como que é feito, porque que é. Porque tem mãe que só leva a criança no posto quando está doente, e isso não é, nem promover saúde, nem prevenir doença. Aí eu falo: Mãezinha, se você trazer todo mês para puericultura, ele vai adoecer menos. (Lúcia)*

Sofrer com o outro é também fundamental para aprender a adivinhar (MOLLINIER, 2008). Prever as necessidades é importante para que o cuidado ocorra, uma vez que as necessidades dos outros não estão e nem estarão sempre prescritas nos Cadernos da Atenção Básica<sup>52</sup>. Depois de ter feito o curso de enfermagem, referindo-se ao seu primeiro trabalho como técnica de enfermagem, na pediatria de um hospital, Lúcia diz: “Como que eu cuidaria da minha filha? Aí imaginava (...) o que eu pudesse falar com a mãe, orientar a mãe”.

Nesse sentido, o papel materno parece influenciar a orientação profissional e também as condições materiais de trabalho que, embora muito ruins, privilegiam esse tipo de atendimento. Quando se trata do cuidado com crianças, a alterização escapa às concepções descritas acima. Um caso que presenciamos pode nos dar pistas dessa forma de orientar a ação. No fim da nossa primeira reunião no Centro de Saúde, observamos uma conversa entre três técnicas de enfermagem. Carmen contava para as demais que Rosana, médica da Centro, atendera uma emergência na rua, um rapaz ensanguentado. Ana disse que havia lido essa notícia no Jornal Super<sup>53</sup> e completou dizendo que a médica fizera o atendimento na presença de seus filhos e, como consequência, eles ficaram com medo e estavam sem conseguir dormir. O caso foi contado com admiração por Carmen (embora ela tenha mencionado sentir dó dos filhos de Rosana) e por Zilda, que observaram que ela é uma médica muito bondosa. Lúcia questionou o pensamento das colegas e disse que a médica deveria

---

52 Os Cadernos da Atenção Básica são publicações cujas orientações sobre os principais procedimentos são organizadas de acordo com as especificidades do cuidado. Por exemplo, obesidade, saúde na escola, saúde do idoso, da criança, da mulher, saúde bucal, etc. São 27 cadernos. Disponíveis em: [http://dab.saude.gov.br/caderno\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php)

53 Tabloide popular, no qual a maioria das matérias aborda temas relativos à criminalidade, muito lido pelos/as funcionários/as do Centro.

dosar razão com emoção e, nesse caso, chamar o SAMU *ou coisa parecida*, mas não atender na frente dos seus filhos.

Essa posição de Lúcia exemplifica a fraqueza e a força moral da ética do cuidado. “A fraqueza moral da mulher, manifestada numa aparente confusão e dispersão de seus juízos, é inseparável da força moral das mulheres, que é uma preocupação com relacionamentos e responsabilidades” (GILLIGAN, 1997, p. 33). A aparente confusão dos juízos está na possibilidade de não salvar alguém na rua. Partindo de nossas observações e conversas, seria surpreendente pensar que Lúcia não se importaria se alguém na rua estivesse correndo risco de morrer, e muito provavelmente não se trata dessa situação, já que ela ponderou que haveria outras formas de ajudar o rapaz. Lúcia é sensível não só às necessidades do outro, mas também aos laços de relações mais estabelecidos, e é neles que reside sua força. Gilligan (1997) também observa que as apreciações públicas e as avaliações privadas normalmente se contrariam. Nesse caso, a apreciação pública rendeu uma notícia no jornal, fato digno de nota como uma possível evidência da assertividade da ação da médica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento de concluir é, pois, o momento de fechar um processo de estudo, de busca, de escrita, de leitura, de análise, de construção, de aprendizagem. Assim, apresentamos essas considerações como parte de um percurso, destacando os objetivos que nos moveram, as limitações, as contribuições e as possibilidades de outros estudos.

Partimos da necessidade de investigar os sentidos do cuidado e, no decorrer desta pesquisa, entendemos que o nosso objeto eram as relações sociais de cuidado com o outro. Essa mudança reflete a dificuldade com a qual deparamos no início da pesquisa. Os estudos que nos familiarizavam com o tema ora diziam sobre técnicas voltadas para a fisiologia, como algo bastante separado da cultura e do simbólico, ora enfatizavam o amor e a responsabilidade, o reconhecimento, as emoções que constituíam o cuidar, separados das atividades. Tal dicotomia, como observou Montenegro (2001), está relacionada à separação corpo/espírito, associada às disciplinas que mais se ocuparam de pensar o cuidado: a filosofia e a enfermagem.

Estávamos certas de que o cuidado não se encerraria em técnicas/ações, bem como em emoções, sentidos, envolvendo grande complexidade. Como perceber as intersubjetividades, se o que orienta uma ação qualificada como de cuidado é tão constitutivo da própria definição de cuidado? Foi quando deparamos com o conceito descritivo do cuidado, como sendo uma relação social cujo objeto é o outro (HIRATA, 2010). Entendemos, assim, que se tratava de perceber as ações e emoções juntas no cotidiano, desvelando-as como parte das relações sociais.

Mas, ainda assim, éramos conduzidas a perceber nas experiências das mulheres que participaram desta pesquisa - em espaços tão precários de vida – somente a ausência de cuidado. Essa etapa inicial foi muito difícil e angustiante, pois as relações de cuidado estavam turvas, afirmando-se apenas pela sua consequência: a continuidade das vidas das pessoas, impossível de ocorrer sem o cuidado, mesmo que fosse apenas o cuidado de si mesmas. Novamente problematizamos o conceito de cuidado, concordando com Tronto (1993) que, como um conceito, o cuidado tem apenas dimensões normativas para se autodirigir e não contém as normas dos objetivos para os quais ele se volta. Ou seja, “o bom cuidado” pode levar maus propósitos e o “mau cuidado” pode levar bons propósitos, instaurando-se as contradições próprias das relações sociais.

De modo a compreender as relações sociais de cuidado com o outro, nossos objetivos específicos foram construir as histórias de vida dessas mulheres, com foco nas relações de cuidado; caracterizar também as suas ações no cotidiano de trabalho no Centro de Saúde, percebendo como organizam o trabalho, como se relacionam com outras pessoas (usuários/as e profissionais), as representa-

ções que constituem o seu agir concreto, e, por fim, analisar as concepções e significados construídos nas relações de cuidado.

Construímos as **histórias de vida** a partir das narrativas de Lúcia e Rosa, de algumas pessoas mais próximas delas, das nossas observações e das interações que significam as situações de entrevistas. Entrevistar outras pessoas que fazem parte das histórias dessas mulheres, bem como conhecer e observar os lugares em que elas acontecem (quando possível), ajudou-nos a perceber as relações de cuidado de forma dinâmica, histórica e entrelaçada a outras relações, como de gênero, classe e raça.

Essa escolha tornou o trabalho de pesquisa mais amplo, e foi desafiador conciliar os prazos da universidade, projetos, disciplinas e a dinâmica do trabalho em campo. As pessoas entrevistadas trabalhavam em jornadas extensas e/ou não conseguiam ter grande previsibilidade do futuro, com trabalhos incertos, “bicos”, etc. Assim, todas elas acabaram desmarcando as entrevistas pelo menos uma vez. Também realizamos entrevistas nas casas, no centro da cidade (numa lanchonete), no salão de beleza, no Centro de Saúde, situações que, quase sempre, eram pausas nos expedientes, sobre os quais as pessoas tinham pouco controle. Foi difícil encontrar locais e disponibilidades para conversas sem interrupções. Contar a própria história, como observou Dafne Patai (2010), é muitas vezes um luxo ao qual as pessoas pobres têm acesso limitado. Essa dimensão, que está associada às lacunas que percebemos na história das mulheres e dos pobres, somada às riquezas das histórias singulares, nos fizeram perceber que, para além dos objetivos de compreender o cuidado, a história de vida construída é um documento único e valioso por si mesmo.

Na descrição e análise dos dados das histórias de vida, no âmbito da família, observamos que as agentes cuidadoras, bem como os intercâmbios entre agentes cuidadores e as pessoas que recebem cuidado se dão fortemente marcadas pela dimensão de classe social e de gênero. Essas dimensões mostraram-se radicalmente ligadas à conformação do pensamento do cuidado nas famílias como sendo uma contribuição para relações de troca/obrigação, passíveis de serem dadas principalmente pelas meninas, já que é considerado algo da essência das mulheres, da ordem dos comportamentos e sentimentos da “natureza” feminina. As relações de cuidado nas famílias evidenciam uma mudança em termos geracionais, ou seja, a responsabilidade de cuidar do outro, por parte das filhas mais velhas, vai tendo um menor peso diante da escolarização dessas famílias. O cuidado, como dissemos, se mostrou contraditório. Com o propósito de proteger, dar atenção, responsabilizar-se pelo outro, essas relações podem significar uma transmissão de saberes e valores sobre a saúde e sobre as relações interpessoais, constituindo uma forma de poder próprio das mulheres e também podem nos dizer sobre situações de violência e vulnerabilidade.

Para compor as histórias de vida, **analisamos o cotidiano de trabalho dessas mulheres no Centro de Saúde**, percebendo como elas organizam o trabalho, como se relacionam com outras

pessoas (usuários/as e profissionais) e as representações que constituem o seu agir concreto. O Centro de Saúde onde Lúcia e Rosa trabalham caracterizou-se como um espaço restritivo, no que se refere a materiais, locais e tarefas de trabalho, normas e possibilidades de ação. Tal restrição, a nosso ver, está associada ao público-alvo da unidade e reflete também um modo de perceber o cuidado e de constituí-lo como prática distanciada do reconhecimento do outro, ainda que possa ter como propósito o bem-estar deste. Os esforços para o reconhecimento das necessidades do outro por parte de algumas trabalhadoras, como ressaltou a experiência de Rosa, ou a naturalização dos “não esforços”, mais presente nas condutas de Lúcia, evidenciam as condições precárias de trabalho, a desorganização, a falta de reconhecimento do cuidado. O termo “má-fé institucional” agrupa uma série de desafios para tornar o cuidado uma premissa fundamental nas instituições de saúde pública, descrevendo-o, ao mesmo tempo, como um fato lastimável.

Ao analisarmos, nesses contextos, **as concepções e significados construídos nas relações de cuidado**, notamos que a compreensão destas só pode ocorrer a partir das relações entre técnicas, ações e orientações das ações, dentro de um universo simbólico e objetivo que se transforma de acordo com a necessidade de cuidados, bem como de acordo com os/as agentes que participam dessa relação. A relação de cuidado que se estabelece é uma relação de poder, e, no Centro de Saúde, pesam as representações sociais a respeito dos/as usuários/as, uma vez que eles/as necessitam de cuidado e não podem fazê-lo por si mesmos/as, estando vulneráveis às cuidadoras. Nessa situação, o cuidado é fornecido ou não, de forma boa ou ruim, tendo como base “a matriz do favor”.

Como observou Tronto (1993), o cuidado analisado dentro de dualismos como enfermeiros/as/usuários/as, mãe/filha/o, é restrito e faz com que as qualidades, que também são do dominante, sejam atribuídas somente ao dominado da situação. Pensando assim, embora na unidade de saúde Lúcia e Rosa tenham mais poder e o outro seja reconhecido como “o/a vulnerável”, carente, etc., numa análise que engloba as suas vidas, percebemos que, em outros momentos, são elas as vulneráveis, que precisam de cuidado, mas não descrevem nas suas histórias essas necessidades. As lembranças de Lúcia e Rosa descrevem histórias de mulheres que receberam muito pouco cuidado, mas se protegiam dessa falta agindo como se dele não necessitassem. Proteger-se de receber o cuidado é uma forma de se proteger como cuidadora. Ao mesmo tempo, há pistas de que sendo algo que não faz parte das técnicas do curso técnico, o cuidado parece ser melhor desenvolvido por aquelas cuidadoras que puderam receber cuidado ou que aprenderam a reconhecer o outro, como no caso de Rosa. Desse modo, a prática do cuidado se constitui em continuidade entre a esfera familiar e a unidade de saúde. Os cuidados das técnicas de enfermagem são bastante influenciados pela relação cultural que se estabelece: mais pelo significado do outro, das suas secreções, do que pelas regras técnicas de saúde, “universais”: as quais também são influenciadas pela cultura.

Compreendemos que, como notou Tronto (1987), em termos éticos, a prática do cuidado favorece essas mulheres a construir uma rede de relações referenciada na troca, no respeito e na não violência. Mas essas relações devem ser confrontadas em nível ampliado de análise, mostrando potencialidades conservadoras que inibem possíveis transformações que, a nosso ver, são emancipadoras. As trabalhadoras que se esforçam na unidade de saúde para reconhecer o outro, separar-lhe uma segunda dose da medicação, estão cuidando do outro, do mesmo modo que as mães preocupadas com a escolarização das/os filhas/os (de modo a poder competir no mercado). Mas essas relações desfavorecem o cuidado, por exemplo, na medida em que dizem sobre atitudes que favorecem alguns, mas que são direitos de todos na sociedade, ou deveriam ser. Em que medida o cuidado é emancipador é uma disputa política, que precisa ser discutida pela educação, enfermagem e outras disciplinas.

As nossas análises pretendem contribuir para a reflexão que vem sendo feita acerca do próprio conceito de cuidado nos estudos aplicados do campo da educação e da enfermagem, principalmente. Desse modo, continuamos a reflexão do cuidado considerando a sua imbricação com as relações sociais, bem a contradição que essas relações carregam, no âmbito dos sentimentos e das fronteiras entre o público e o privado. Esses elementos contraditórios, muitas vezes, de acordo com Mollinier, fazem parte da “caixa preta” do cuidado, tendo como referência a perspectiva hegemônica com que o conceito vinha sendo pensado nos países anglo-saxões.

Para nós, muitas questões mostram-se interessantes para futuras pesquisas. Apontaremos algumas delas. Sendo a ética do cuidado relativizada em confronto com a análise macrossocial, notamos que é interessante percebê-la em diálogo com os estudos pós-coloniais, trazendo contribuições dos/as pensadores latino-americanos/as, de modo a colocar em evidência os pensamentos e forma de agir das populações colonizadas na relação de cuidado do outro. Da mesma forma, de modo a colocar em relação as perspectivas nas quais o cuidado vem sendo pensado, é interessante que tragam a perspectiva da família e do trabalho e sejam realizados com cuidadores do sexo masculino. Estudos sobre enfermeiros têm sido realizados (WAINBERG, 2004; LOPES, et al. 1996), mas são poucos e estão focados numa perspectiva mais ampliada de análise, e pouco se sabe sobre as experiências de cuidado na esfera familiar. Ainda por motivos semelhantes, consideramos importante o estudo do cuidado nas classes privilegiadas, a aprendizagem de cuidado na infância, as relações de cuidado na juventude. Por fim, entendemos que a análise do cuidado relacionada ao corpo e às emoções representa um caminho fértil para estudos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. A experiência precoce de punição. In: MARTINS, José de Souza (Org.). *O Massacre dos Inocentes: a criança sem infância no Brasil*. São Paulo: Rucitec, 1993. pp.181-209.

AGUIAR, Wanda M.J.A.; OZELLA, Sergio. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.26, n.2, pp.222-245, 2006.

ALMEIDA, Maria C.P; ROCHA, Juan S.Y. *O Saber de Enfermagem e Sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVES, D.B. *Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem: uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina*. Salvador: UFB, 1997. 206p.

AYRES, José R.C.M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.3, pp.16-29, set/out 2004.

AYRES, José R.C.M. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Ciênc. Saúde Coletiva, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BADINTER, Elisabeth (1949). *O Conflito: a mulher e a mãe*. Trad. Véra Lucia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERTAUX, Daniel (1980). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, Costa Rica, n.29, pp.1-22, 1999.

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGEAUD-GARCIANDIA, Natacha; HIRATA, Helena; MAKRIDOU, Efthymia. Note de lecture Gilligan, Tronto, Laugier, Molinier, Paperman. *Cahiers du Genre*, Paris, n. 49, pp.220-225, 2010.

BOURDIEU, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução 272/2002*. Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução 358/2009*. Brasília, 15 de outubro de 2009.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Trabalho para o mercado e trabalho para casa: persistentes desigualdades de gênero. *Comunicado do IPEA*, Brasília, n.149, pp.1-17, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). *Abuso sexual é o segundo maior tipo de violência*. Portal da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. A Bipolaridade Do Trabalho Feminino No Brasil Contemporâneo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.110, p.67-104, 2000.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. Instruídas e trabalhadeiras. Trabalho feminino no final do século XX. *Cadernos Pagu*, Campinas, v.02, n.17/18, pp.157-196, 2001.

BRUSCHINI, Maria Cristina A.; ROSEMBERG, Fúlvia. *Trabalhadoras do Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

CAMPOS, César R. et al. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência das mudanças: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CARVALHO, Marília P. *No Coração da Sala de Aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais*. São Paulo: Xamã, 1999.

CATTANI, Denice, et al. (Orgs.) *Docência, memória e gênero: estudos sobre formação*. São Paulo: Escrituras Editora, 1997.

CHODOROW, Nancy. (1978). *Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Trad. de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COHN, Gabriel. *Crítica e Resignação*. Max Weber e a teoria social. São Paulo: Martins Fontes: 2003.

COLLIN, Françoise. Diferença dos Sexos (teorias da). In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise, LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Danièle (Orgs.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009.

DAUSTER, Tânia. Uma infância de curta duração: trabalho e escola. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, n.82, p.31-36,1992.

DAYRELL, Juarez. A escola faz juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. *Educação e Sociedade*, Campinas, v.28, n.100 - Especial, p.1105-1128, 2007.

DURU-BELLAT, Marie. Filles et garçons à école, approches sociologiques et psychosociales. In: FORQUIN, J.C (Org.). *Sociologie de l'education – nouvelles approches, nouveaux objets*. Paris: INRP, 2000, pp. 221-287.

- ESCOREL, Sarah. Equidade em Saúde. In: PEREIRA, I.B.P e LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009, pp.202-211.
- FONSECA, T.M.G. *Gênero, subjetividade e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- GILLIGAN, Carol. (1982). *Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher*. Trad.: Natércia Rocha. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- GUIMARÃES, Nadya A; HIRATA, Helena S; SUGITA, Kurumi. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. Trad. Philippe Dietman. *Sociologia e Antropologia*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, pp.151-180, 2011.
- HADDAD, Lenira. *A creche em busca de sua identidade: perspectivas e conflitos na construção de um projeto educativo*. 3ª. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- HIRATA, Helena e KERGOAT, Danièle. *Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho*. Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.
- HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise, LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Danièle (Orgs.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009.
- HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. IN: FERRETTI, Celso João et al. *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 124-137.
- HIRATA, Helena. Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cadernos Pagu*, Campinas, v.2, n.17/18, pp.139-156, 2001.
- HIRATA, Helena. Teorias e Práticas do Care: Estado Sucinto da Arte, Dados de Pesquisa e Pontos em Debate. In: FARIA Nalu; MORENO, Renata (Org.). *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: SOF, 2010. p.42- 56.
- HORTA, Wanda A. (1979). *Processo de Enfermagem*. 16 ed. São Paulo: EPU, 2005.
- HORTA, Wanda A. *A Observação Sistematizada na Intensificação dos Problemas de Enfermagem em seus Aspectos Físicos*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Neri – UFRJ, 1968.
- JUNQUEIRA, Wanda M; OZELLA, Sergio. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília-DF, v.2, n.26, 2006. pp. 222-245.
- KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 86, março, pp. 93-103, 2010.
- KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: EMÍLIO, Marli et al. (Orgs.) *Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003.

KERGOAT, Danièle. Em Defesa de uma Sociologia das Relações Sociais: da Análise Crítica das Categorias Dominantes à Elaboração de uma Nova Conceituação. In: ANDRÉE KARTCHEVSKY-BULPORT et al (Orgs.). *O Sexo do Trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LAHIRE, Bernard. *Sucesso Escolar nos Meios Populares*. São Paulo: Editora Ática, 2004.

LEININGER, Madeleine (Ed.). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.

LLOSA, Mario V. *A verdade das mentiras*. Trad. Cordelia Magalhães. São Paulo: ARX, 2007. pp.16-30.

LONGARAY, Vanessa K; ALMEIDA, Miriam de A; CEZARO, Paula de. *Processo de Enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos*. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.1, mar. 2008.

LOPES, Marta J.M; MEYER, Dagmar E; WALDOW, Vera R. (Orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOPES, Marta Júlia M; LEAL, Sandra Maria C. A Feminização Persistente na Qualificação Profissional da Enfermagem Brasileira. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 24, pp.105-125, jan./jun. 2005.

LOPES, Michele S; GOMES, Nilma L. A diferença entre os diferentes: mulheres negras em movimento. In: SOARES, L; SILVA, I.O. *Sujeitos da Educação e Processos de Sociabilidade*. Belo Horizonte: Authêntica Editora, 2009. pp.125-152.

LUNA, Lara. Fazer Viver e Deixar Morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, Jesé de (org.). *A Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

MACHADO, L.Z. Masculinidades e Violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In: SCHPUN, M.R. (Org.). *As Várias Dimensões do Masculino: traçando itinerários possíveis*. São Paulo/Santa Cruz do Sul: Boitempo/Edunisc., 2004.

MARANHÃO, D.G; SARTI, C.A. *Cuidado Compartilhado: entre famílias e profissionais em uma creche*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.22, pp.257-70, mai/ago 2007.

MARANHÃO, Damaris G. 1998. 150 f. *O Cuidado como Elo entre a Saúde e a Educação: um estudo de caso no berçário de uma creche*. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, José de S. (Org.). *O Massacre dos Inocentes: a criança sem infância no Brasil*. São Paulo: Rucitec, 1993.

MATTA, Gustavo C; MOROSINI, Márcia V. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, Isabel B; LIMA, Júlio C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009, pp.39-44

MELUCCI, Alberto. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes, 2001.

- MEYER, Dagmar E; LOPES, Marta J.M; WALDOW, Vera R. (Orgs.). *Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a pratica profissional*. São Paulo: Artes Médicas, 1995.
- MOLLINIER, Pascale. A Dimensão do Cuidar no Trabalho Hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.33, n.118, pp.6-16, 2008.
- MOLLINIER, Pascale. O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. Trad. Nina de Melo Franco. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.10, n.16, pp.227-242, dez. 2004.
- MONTENEGRO, Thereza. *O Cuidado e a Formação Moral na Educação Infantil*. São Paulo: EDUC, 2001.
- NOGUEIRA, Maria Alice; ROMANELLI, Geraldo; ZAGO, Nadir (Orgs.). *Família & Escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. pp.125-154.
- OLIVEIRA, Roberto C. O Trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v.39, n.1, 1996.
- PATAI, Daphne (Org.). *História Oral, Feminismo e Política*. Trad. Fernando Luiz Cássio e Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2010.
- PEDUZZI, Marina; ANSEMI, Maria Luíza. O Processo de Trabalho de Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.55, n.4, pp.392-398, jul./ago. 2002.
- PEDUZZI, Marina; ANSEMI, Maria Luíza. O Processo de Trabalho do Auxiliar de Enfermagem. *Revista 2007*, Ministério da Saúde, jan. 2003.
- PEREIRA, Isabel B; LIMA, Júlio C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009.
- PINHO, Osmundo de A. Etnografias do Brau: corpo, masculinidade e raça na reafrikanização em Salvador. *Revistas Estudos Feministas*, Florianópolis, v.13, n.1, abr. 2005.
- RACHELS, James. Feminism and Ethics of Care. In: RACHELS, James. *The Elements of Moral Philosophy*. 4 ed. New York: Random House, 1986. pp.160-171.
- RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do Corpo*. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- ROSEMBERG, Fúlvia. A Educação de Mulheres Jovens e Adultas no Brasil. In: SAFFIOTTI, H; MUÑOZ-VARGAS, M. *Mulher Brasileira é Assim*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1994.
- ROSEMBERG, Fúlvia. Educação Formal, Mulher e Gênero no Brasil Contemporâneo. In: PISCITELLI, Adriana; MELO, Hildete P; MALUF, Sônia W; PUGA, Vera Lúcia (Orgs.). *Olhares Feministas*. Brasília: MEC/UNESCO, 2009. pp.115-148.
- ROSEMBERG, Fúlvia. O Movimento de Mulheres e a Abertura Política no Brasil: o caso da

- creche. In: ROSEMBERG, Fúlvia (Org.). *Creche*. São Paulo: Cortez/ Fundação Carlos Chagas, 1989. pp.90-103.
- SARTI, Cynthia A. (1996). *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- SARTI, Cynthia A. A Dor, o Indivíduo e a Cultura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.10, n.1, pp.3-13, jul. 2001.
- SARTI, Cynthia A. Corpo e Doença no Trânsito de Saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.25, n.74 out. 2010.
- SARTI, Cynthia A. Feminismo e Contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.16, pp.31-48, 2001
- SARTI, Cynthia A. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.64, fev. 1988.
- SARTI, Cynthia A. Reciprocidade e Hierarquia: relações de gênero na periferia de São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.70, ago. 1989.
- SARTI, Cynthia, A. *O Atendimento de Emergência a Corpos Feridos por Atos Violentos*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.15, pp.107-126, 2005.
- SARTI, Cynthia. A Família como Ordem Simbólica. *Psicologia*, São Paulo, USP, v.15, n.3, pp.11-28, 2004.
- SARTI, Cynthia. A Vítima como Figura Contemporânea. *Caderno CRH*, Salvador, v.24, n.61, abr. 2011.
- SARTI, Cynthia A. O Atendimento de Emergência a Corpos Feridos por Atos Violentos. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, pp.107-126, 2005.
- SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem: análise de periódicos da área de 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, pp.82-88, 2010.
- SCOTT, Joan W. (1986). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v.16, n.2, pp.5-22, jul./dez. 1990.
- SCOTT, Joan W. Experiência. In: SILVA, Alcione L.; LAGO, Mara C. S.; RAMOS, Tânia Regina O. (Orgs). *Falas de Gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999. p. 11-21.
- SCOTT, Joan W. Preface a Gender and Politics of History. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.3, pp.11-27, 1994.
- SILVA, Antônio Morais. *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. 10 ed. Lisboa: Confluência, 1949-1959.
- SILVA, G.B. *Enfermagem Profissional: Análise Crítica*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

- SORJ, Bila; FONTES, Adriana; MACHADO, Danielle C. Políticas e Práticas de Conciliação entre Família e Trabalho no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, pp.573-594, set./dez. 2007.
- SORJ, Bila. O Feminino Como Metáfora da Natureza. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.0, n.0, pp.143-150, 1993.
- SOUZA-LOBO, Elisabeth. *A classe operária tem dois sexos*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
- SOUZA, Jesé de (Org.). *A Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- TEIXEIRA, Inês A.C e PÁDUA, Karla C. Virtualidades e alcances da entrevista narrativa. *Anais II Congresso Internacional sobre Pesquisa Auto Biográfica*. Bahia, 2006.18pp.
- TRONTO, Joan. Assistência Democrática e Democracias Assistenciais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 22, n. 2, pp. 285-308, maio/ago, 2007.
- TRONTO, Joan. Beyond gender difference to a theory of care. *Signs*, Chicago, v. 12, n. 4, pp.644-663, 1987.
- TRONTO, Joan. *Moral boundaries. A political argument of care*. New York: Routledge, 1993
- TRONTO, Joan. The Value of Care. A Response to Can Working Families Ever Win? *Boston Review*, February/March, pp.1-2, 2002 . Disponível em: <http://bostonreview.net/BR27.1/tronto.html>
- VILLA, Eliana A. *Pedagogia Do Cuidado: A Relação de Saberes e Valores no Trabalho do Programa Saúde da Família*. 2008. 212p. Tese (Doutorado em Educação, Conhecimento e Inclusão Social) Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008.
- WAINBERG, Paulo Fábio. *Homens na Enfermagem: Atravessamentos de Gênero na Escolha, Formação e Exercício Profissional*. 2008. 104p. Dissertação (Dissertação em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- WALDOW, Vera Regina. (2006). *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- WALDOW, Vera Regina. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, 1998.
- WATSON, J. *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988.
- WEBER, Max (1864-1920). *Conceitos sociológicos fundamentais*. Tradução: Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2005.
- ZORDAN, Paola B.M.B.G. Bruxas: figuras de poder. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.2, n.13, pp.331-341, 2005.