

Olhares cruzados

Relações de cuidado, classe e gênero

Isabel P. H. Georges e Yumi Garcia dos Santos

Introdução

Neste artigo, buscaremos dialogar com a reflexão proposta por Pascale Molinier em seu texto “Interseccionalidade, cuidado e feminismo”, presente neste Dossiê. Tentaremos explorar continuidades e rupturas entre a situação de trabalho de *care* numa instituição de longa permanência para os idosos (EHPAD, na França), tal como analisada pela autora, e o nosso próprio campo de pesquisa. Este consistiu numa pesquisa etnográfica sobre as novas políticas sociais brasileiras, realizada entre 2008 e 2012 em três bairros da periferia da Zona Leste do município de São Paulo. Num primeiro momento, realizamos o estudo com profissionais da saúde, num posto de saúde; posteriormente, com profissionais da assistência social, em três entidades sociais (ONGs) que executam programas e serviços de assistência às famílias, terceirizados pela prefeitura¹.

Dois temas principais organizarão nosso argumento, em diálogo com Molinier; cada um ocupará uma seção deste artigo. Em primeiro lugar, apresentaremos uma reflexão sobre as relações sociais na situação de pesquisa, nelas compreendida aquela que se concentra na relação de cuidado; a partir de tal reflexão tematizaremos o processo de construção do próprio objeto no curso do nosso trabalho de campo multifacetado. Em segundo lugar, retomaremos resultados do campo com profissionais de assistência social

1. Nos dois casos se trata principalmente de trabalhadoras, salvo raras exceções de homens negros, assim como as interlocutoras nas famílias atendidas são mulheres, motivo pelo qual será usado o feminino.

e de assistência à saúde para ilustrar um argumento que nos parece chave: como a relação social de cuidado ganha traços particulares na medida em que tanto agente e usuária do serviço compartilhem a mesma origem social como as ações de cuidado se desenvolvem não no interior de uma instituição, mas no próprio meio social em que vivem as duas categorias de “atrizes”.

A relação de pesquisa no estudo da relação de cuidado

Chamou-nos a atenção o fato de que parte da restituição da pesquisa realizada por Pascale Molinier contemplou uma reflexão mais ampla sobre as condições (num certo sentido, universais) de realização da pesquisa – aspecto central para o trabalho da sociologia e da antropologia, e também para a análise das relações de cuidado. Mas, para melhor situar as observações que se seguirão, vamos começar esclarecendo o ponto de vista em que se assentou a leitura que fizemos do artigo de Molinier, a saber, a perspectiva da sociologia do trabalho.

Trata-se de um texto que reflete sobre alguns dos resultados do processo de produção da pesquisa à luz das reações de uma parte dos sujeitos empíricos, assim como de membros da equipe de investigação, no momento da divulgação dos resultados (a publicação do livro *Le travail du care*). Para isso, toma como referência *o ponto de vista das cuidadoras* tanto na sua relação com a hierarquia (“La chasse aux arabes”) quanto na sua visão do trabalho (“L’amour des personnes âgées”)².

A respeito das condições de realização do estudo, tudo parece indicar que se tratava inicialmente de uma consultoria, cujo financiador (o grupo Humanis) era externo à instituição em que a pesquisa seria realizada. Seu objetivo era a melhoria da coesão interna à equipe de trabalhadores, conforme demanda da diretora da instituição. Nesse contexto, o trabalho de campo foi realizado por uma equipe de psicólogas, entre as quais Pascale Molinier, uma psicóloga clínica e uma estudante, de nacionalidades diversas. De antemão, ou no decorrer dos trabalhos, elas transformam a pesquisa numa “pesquisa-ação”, orientada por motivos éticos e políticos, em busca de uma ética do *care*, associada ao reconhecimento do trabalho das cuidadoras. Isso se tornou público no momento da publicação do livro, que provocou o descontentamento da diretora da instituição, já reticente durante a pesquisa, e dos supervisores.

O artigo é, de certa maneira, uma resposta às críticas formuladas e tem um duplo endereço. De um lado, a relação com a hierarquia, cujas retalia-

2. Furtamo-nos a uma descrição dos achados de Molinier, posto que eles estão apresentados detalhadamente no artigo da autora.

ções ou medidas de gestão (como a demissão de certos funcionários) foram chamadas pelas cuidadoras de “la chasse aux arabes”; de outro, a relação de cuidado com os idosos e a reivindicação das cuidadoras por presença e reconhecimento do afeto no trabalho, ou, nas palavras delas, “l’amour des personnes âgées”.

Não deixa de ser significativa a escolha dessas duas facetas do trabalho do cuidado, uma atividade que é relacional, interativa e emocional. Nessa escolha revelam-se as duas principais dimensões desse trabalho, a saber, as relações com os usuários/clientes e as relações com a hierarquia. Nela também se expressam, ainda, os dois potenciais pontos de tensão que emergem na relação de cuidado.

Molinier parte de uma reflexão sobre a forma de inserção do pesquisador no seu próprio campo e da discussão sobre o estatuto do observador e sua relação com os sujeitos de pesquisa. Tal relação é na França como no Brasil uma relação de classe, estabelecida entre mulheres, que recobre diferenças de raça e etnia. A autora propõe, então, uma escuta atenta, cuidadosa dos sujeitos da pesquisa, almejando levar a sério a fala do entrevistado, sua experiência subjetiva, dissociada de qualquer realidade objetiva ou “objetificável”. Ao mesmo tempo, a questão da perspectiva da população pesquisada é um ponto central para qualquer pesquisador de campo (sociólogos, mas também antropólogos). Tanto para a sociologia como para a antropologia, a reivindicação de uma “ética feminista do cuidado”, levando a sério o ponto de vista do entrevistado/sujeito de pesquisa, constitui o ponto de partida da própria reflexão disciplinar. Afinal, não é o destino comum de nossas interpretações ter um ponto de vista diferente daquele manifesto pelos sujeitos da pesquisa? A questão seria, então, como lidar com essas diferenças. Isso nos remete às condições de realização da pesquisa, à autonomia ou à dependência do próprio pesquisador e, por fim, à questão da função social do pesquisador nas ciências sociais.

A fim de estabelecer melhor uma perspectiva comparativa, a apresentação da pesquisa que realizamos no Brasil se assentará no reconhecimento de uma diferença inescapável entre o caso estudado na França e o nosso. Tal diferença tem a ver com o tipo de relação social (*rapport social*) estabelecido entre provedor e beneficiário do cuidado: sua variação pode alterar radicalmente o sentido do trabalho de cuidado e da relação de serviço à qual ele está vinculado, pois o trabalho de cuidado pode assentar-se tanto numa relação tecida entre membros de classes sociais diferentes como numa relação entre membros da mesma classe. Ora, sendo a amplitude das diferenças de

classe e a permanência dos mecanismos de sua reprodução no Brasil uma das diferenças mais salientes com a França, decidimos que ela deveria ser um ponto a organizar a comparação entre os campos de pesquisa feitos em Paris – por Molinier – e em São Paulo – por nós.

No caso brasileiro, o “jeitinho” (Oliveira, 2012), o lugar da afetividade ou, ainda, do “respeito” nessas interações (Vidal, 2003) torna possível ultrapassar as relações de classes ou torná-las suportáveis, como o que foi mostrado a partir da análise das relações entre as trabalhadoras domésticas e as suas empregadoras (Georges e Vidal, 2012), emblemáticas nesse sentido. Por outro lado, o trabalho dos agentes de execução dos programas sociais – sujeitos que analisamos – assenta-se no repertório dos próprios agentes; um repertório que eles mobilizam para lidar com a insatisfação de mulheres que são suas vizinhas, cuja origem de classe é similar à sua, ou seja, similar à das próprias cuidadoras.

Já a reivindicação das cuidadoras estudadas por Pascale Molinier é pelo reconhecimento das emoções e da afetividade na relação com as pessoas idosas. Para ser entendida, precisa estar situada num contexto em que o profissionalismo (de matriz masculina ou não) e a aspiração a um serviço universal – e, portanto, igual para todos – constituem-se em referências centrais. Assim, vê-se que tanto o sentido do trabalho do cuidado como o sentido das reivindicações das trabalhadoras dependem do contexto *societário* em que a atividade é exercida.

Não obstante, nos dois países a relação de classe é inerente à experiência dos trabalhadores do *care* no interior de sua instituição, em particular, com a hierarquia. Avançar no estudo da relação de cuidado impõe, entretanto, analisá-la como uma relação triangular, que requer que se tenha em conta o elo entre o trabalhador e o seu empregador, entre o trabalhador e o usuário/cliente e, por fim, a inter-relação entre essas relações (Gadrey, 1994). Por isso mesmo, temos tudo a ganhar ao atualizarmos esse esquema clássico da análise da relação de serviço com os seus desequilíbrios de poder, que podem se situar dos dois lados da relação (Jeantet, 2003). O valor do trabalho e o seu reconhecimento decorrem das formas de interação entre os elos dessa relação triangular, especialmente a partir dos seus desequilíbrios.

Isso posto, podemos agora explorar semelhanças que aproximam o modo como estabelecemos a relação de pesquisa no nosso estudo daquilo que nos foi descrito por Molinier em seu artigo.

A nossa entrada em campo se fez através de vínculos de há muito estabelecidos por outro pesquisador francês, Robert Cabanes. Desde 2003 ele

havia estreitado relações pessoais com algumas agentes de saúde, cujas casas frequentava. Foram elas que o levaram a campo e lhe propiciaram, assim como aos jovens membros da sua equipe, os contatos com pessoas capazes de fazerem-nos entrar na dinâmica da vida social na periferia de São Paulo, foco do nosso interesse. Elas nos puseram em contato com representantes do movimento de saúde, do conselho de saúde, sindicalistas, membros do Partido dos Trabalhadores, membros de associações, cooperativas, entre outros. Essas agentes de saúde pertenciam à primeira geração de trabalhadoras nessa atividade, atuantes já no início dos anos 2000. Naquele momento, na ausência de exigências de formação técnica (além do segundo grau completo e da necessidade de morar na mesma “microárea”), esse engajamento com a assim chamada comunidade era o seu capital social (Lima *et al.*, 2005), que fora transformado em capital profissional. As nossas demais relações, tanto com agentes de saúde quanto com outros usuários do posto, fizeram-se essencialmente a partir desses contatos iniciais, conforme o princípio da “bola de neve”.

Durante o período de 2008 a 2009, o campo foi conduzido por apenas uma das autoras, branca, estrangeira e de outra classe social. Essas características foram, muitas vezes, uma vantagem: a de ser considerada alheia às relações locais de classe. Ademais, o fato de que alguém tão “exótico” se interessasse pela vida cotidiana dessas mulheres era muitas vezes tido como uma oportunidade, como um palco inesperado. Algumas agentes por vezes se utilizaram dessa possibilidade; com isso, tivemos acesso, por exemplo, a domicílios de pessoas que viviam sozinhas, precisando de atenção. Testemunhamos várias situações, especialmente envolvendo usuárias de idade mais avançada, que iam desde a simples necessidade de falar, para sair da solidão, até fazer companhia a pessoas muito idosas, recusando-se a alimentarem-se, para liberar a agente que estava à espera (durante horas) da ambulância. Houve mesmo a liberação de uma mulher acidentada em casa, sem possibilidade de levantar-se do chão para encontrar a chave que perdera. Tornamo-nos confidentes de algumas agentes, cujas casas frequentamos – até porque, na época, como não tínhamos onde comer, era preciso comprar algo, levar e preparar em campo, na casa em que estivéssemos.

No posto de saúde, por muito tempo, o relacionamento foi tecido antes com as agentes (e algumas usuárias) do que com a chefia hierárquica, com quem o contato se limitava à obtenção das informações mínimas para poder acompanhar as agentes e para participar das reuniões de equipe. Essa inserção foi favorecida pela própria organização do posto, onde as equipes – coor-

denadas por uma enfermeira e compostas por um médico, uma auxiliar de enfermagem e quatro ou cinco agentes de saúde (responsáveis por cerca de 5 mil pessoas) – tinham uma autonomia de funcionamento relativamente grande. Nelas, era central o papel das enfermeiras, muitas vezes de origem social inferior.

Nossa presença em campo começou a se complicar no período que coincidiu com a entrada da segunda autora deste texto (em 2010-2011). Naquele momento, decidimos ampliar o escopo da pesquisa e tentar obter informações mais gerais sobre os trabalhadores da Organização Social (OS) de cunho católico que operava o posto de saúde, tanto quanto sobre a própria OS.

A negociação da entrada nessa organização e as entrevistas que solicitamos com a direção dela (as irmãs), entretanto, fizeram com que o responsável pelo posto passasse a exigir que obtivéssemos uma autorização do Comitê de Ética da prefeitura. Tal negociação, que durou cerca de um ano, mereceria um capítulo à parte, inclusive pelas tentativas de prescrição do trabalho e da nossa metodologia; travamos contato direto, por experiência própria, com uma das facetas da burocratização do trabalho social exercido pelo poder público.

Mas as relações mais conflituosas com a hierarquia ocorreram à época do estudo de campo no setor da assistência. Nossa entrada numa entidade de terceirização do Programa Ação Família, de cunho igualmente religioso (no caso, pentecostal), se fez por meio de um técnico formado em gestão de políticas públicas (encontrado numa rede de associações, instituições e entidades do terceiro setor da Zona Leste de São Paulo).

A entrada em campo – por assim dizer, “por cima” – fez com que a aproximação com as agentes se tornasse muito mais demorada. As chamadas à ordem pela gerente eram permanentes. Sem falar da segregação interna, que era onipresente e visível, mesmo através da ordem informal que regia o almoço, preparado pela ajudante geral da antena da ONG: primeiro, a gerente e os técnicos, juntos, na pequena mesa na cozinha, e só a seguir as agentes. Nosso jogo foi o de tentar burlar essa ordem, de modo a podermos conversar com as agentes – ao lavar a louça, por exemplo, podíamos conversar (coisa que os técnicos raramente faziam). E embora a origem social relativamente baixa da maioria das pessoas, inclusive das gerentes, a criação de distâncias sociais não era a regra. As dinâmicas locais mostraram-se muito variadas.

Do cuidado universal ao vínculo comunitário: do trabalho de cuidado que se exerce entre "iguais"

Vimos no nosso campo de pesquisa que o modo como as agentes trabalham, em proximidade (ou não) com as usuárias, começa pela definição de uma determinada interlocutora (nunca um homem) nos atendimentos em domicílio. Entretanto, para compreender não apenas o lugar das agentes comunitárias, mas também a própria relação social de cuidado que se estabelece no tipo de situação que estudamos, convém fazermos um breve parêntese. Relembremos o que ocorreu no campo da assistência à saúde no Brasil, caracterizando rapidamente a lógica que se tornou vitoriosa ao implementar o novo modelo da universalização, descentralização e participação que passou a reger o provimento desse serviço (cf. Santos, 2012; Sarti, 2010; Scott, 2005).

A assistência à saúde foi inicialmente organizada em torno da ideia do território, com a implementação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACs) em 1991. A função das agentes comunitárias era a de representar a comunidade e, ao mesmo tempo, atender suas demandas. Uma crítica feminista ao PACs aponta que elas deveriam deixar de lado as demandas específicas das mulheres para representar a dinâmica e o interesse da comunidade, o qual reflete as relações hierárquicas tradicionais de gênero (Scott, 2005).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implementado três anos depois do PACs, com o fito de se tornar um serviço – rebatizado Estratégia Saúde Família (ESF) –, deu o passo definitivo para que a política de assistência à saúde adotasse um enfoque familista e individualizante, com a comunidade sendo relegada a um segundo plano, perdendo a prerrogativa de indicação das agentes, que seriam recrutadas por uma seleção técnica, tendo em mente a sua capacitação profissional. Da mesma forma, o atendimento passou a ser focalizado na família, elegendo a mulher-mãe como parceira para a sua concretização. Dessa maneira, naturalizavam-se as relações desiguais de gênero e a divisão sexual do trabalho, reproduzindo-as.

No caso de São Paulo, cuja gestão dos programas foi delegada a organizações filantrópicas, em forma de parceria ou convênio, o viés religioso ganha relevo, dada a natureza confessional dessas organizações. Para tais entidades, a família representa o lugar moral a ser trabalhado pela assistência, de acordo com os valores conservadores no que concerne às relações de gênero que norteiam tais organizações (Georges e Santos, 2013).

A proteção às famílias, que se erige sobre os modelos referidos, também reproduz a divisão sexual do trabalho e a desigualdade de gênero, igualmente operantes por meio da política social. Com efeito, a lógica desses novos programas e serviços tem sido a de recorrer a um duplo capital social das mulheres pobres: o da sua “disposição para cuidar” e o da “equivalência entre classe e território”.

No que concerne à primeira faceta desse capital social – sua “disposição para cuidar” – é certo que, quando as mulheres passaram a participar da esfera pública, profissionalmente ou não, foi na esfera do social que elas em grande medida conquistaram avanços, legitimados pela afirmação da “superioridade moral” feminina, decorrente da sua capacidade de ser mãe (Rossi-Doria, 1995). A cidadania das mulheres passaria pela maternidade, em contraponto à dos homens (brancos e burgueses), livres de condicionamentos biologizantes. No caso brasileiro e à luz desses novos programas sociais, a moralidade feminina vinculada à maternidade parece ter impulsionado o processo de participação das mulheres pobres na esfera pública e, notadamente, na esfera do social. Essa lógica baseia-se numa construção de papéis de gênero em que se naturaliza a disposição ao cuidado como uma propensão feminina, baseada na sua função reprodutiva. Tal disposição passa a situar-se na base da mobilização das mulheres e torna-se condição para o sucesso dos programas, cujo desenho se assenta nessa funcionalização da disposição feminina para o cuidado. Entretanto, as próprias trabalhadoras fazem uso desse capital social tanto para lograr o emprego (mostrando que possuem “o perfil” para o trabalho social) como para facilitar a dinâmica do trabalho.

No que concerne à segunda faceta do capital social das mulheres que estudamos, é fundamental o conhecimento que elas acumulam sobre o *modus vivendi* nos territórios definidos como alvo dos programas, outra pré-condição para o sucesso dos mesmos. Isso porque uma novidade desses novos programas sociais é que as próprias mulheres pobres, moradoras da periferia e assistidas, passaram a ser os sujeitos da ação, em vez de outras (profissionais ou não), de classe superior, que desconhecem o cotidiano das classes populares. Assim, as mulheres pobres tanto encarnam as “novas personagens” (Sader, 1988) na oferta da assistência quanto se beneficiam dela (como trabalhadoras e como usuárias), diferentemente da situação anterior, quando eram apenas assistidas.

As agentes comunitárias de saúde (ACSS) e as agentes de proteção social (APSS), figuras-chave nessa relação de cuidado, são trabalhadoras que desempenham essas ocupações de modo quase voluntário (tão baixa é a sua

demanda por um retorno pecuniário além do estabelecido), com forte apelo ao valor religioso-filantrópico, o que talvez justifique a alta concentração de mulheres nessas atividades (Georges e Santos, 2013). Seu trabalho não diz respeito ao cuidado físico prestado a doentes, como o trabalho do *care* em geral faz supor. O vínculo emocional que se desenvolve ao longo das constantes interações se constitui em medida da efetividade do serviço que prestam (Hochschild, 1983; Georges e Santos, 2012). Assim, suas atividades ultrapassam os objetivos informativos, educativos e de controle e tomam a dimensão de um trabalho das emoções (Hochschild, 1983) – dimensão, de resto, não prevista nos perfis de atuação profissional convencionados para essas ocupações.

Na interação com as usuárias, parece haver um esforço para tratar a todas da mesma maneira, com empatia e distância razoável, conforme o “paradigma da profissão”, embora isso nem sempre ocorra. Dito de outra forma, as agentes buscam encontrar um equilíbrio entre o limite de suas emoções e a exequibilidade do seu trabalho. Como nos afirmou a agente de saúde Noemi: “Eu tenho que ter um bom relacionamento com as pessoas, senão eu não consigo desenvolver meu trabalho. Então, se eu for estúpida, eu corro o risco de ser rejeitada”.

Não se ouviu a palavra amor, “tratar com amor”, “cuidar com amor”, como se poderia supor levando em consideração o peso da religião na vida dessas agentes. É possível perceber que elas lutam o tempo todo contra um relacionamento que ultrapasse os limites do “profissional” e da profunda empatia expressa em modos afetuosos de ser – algo esperado, no Brasil, quando se trata de trabalhadores subalternos do cuidado. Mas o grau de empatia e os consequentes modos de atenção variam de usuária a usuária. O poder discricionário das agentes (Lipsky, 1980) é que orienta o tempo a dedicar a cada usuária, com frequência a partir de critérios subjetivos³.

Nessas relações, a empatia e o afeto são acionados como ferramentas para mitigar a distância gerada pela desigualdade de *status* social entre agentes e usuárias. Com efeito, conquanto moradoras do mesmo território, as agentes têm no emprego um meio de mobilidade social; as usuárias, em geral donas de casa, inativas, não têm, por sua vez, um nível de renda que as equipare às agentes, mesmo quando estas recebem apenas o salário mínimo.

Uma das demonstrações da empatia e do afeto é a escuta, recurso compartilhado entre as agentes entrevistadas. A ACS Telma, por exemplo, assume seu trabalho não somente para “cuidar” das usuárias “prioritárias”, mas de todas que necessitam ser escutadas:

3. Para as agentes mais religiosas, um desses critérios é o fato de as usuárias serem igualmente crentes, podendo ser de outras orientações cristãs (como a Renovação Carismática). Além de demonstrarem afinidade, apresentam-nas como “boas usuárias” e trocam termos religiosos com elas. Ou seja, perpassa uma *sociabilidade religiosa* no contato entre algumas agentes de rua e usuárias, facilitando a aproximação e a manutenção do acompanhamento.

Às vezes tem uma visita que a pessoa não é hipertensa, a pessoa não é diabética, não é um acamado, não tem nenhuma prioridade na residência, mas no momento que você chega a pessoa está deprimida, ela quer que você olhe nos olhos, ela quer ouvir você falar, ela quer desabafar pra você, ela não é hipertensa, mas ela está com alguma coisa lá dentro que ela quer...

Ou, como explica a ACS Noemi, assume-se como parte de seu trabalho também a função de “psicóloga”:

Então, tem horas que eles abrem situações pra gente que nem a família sabe, porque ninguém está disposto a ouvir. Dentro de casa, pai não quer ouvir filho, filho não quer ouvir pai, e a mãe, ela carrega essa sobrecarga nas costas de ter que apaziguar os ânimos, e não ter com quem conversar. Você vai conversar com a sua vizinha sobre um assunto seu? Nem sempre é legal, tem que ser uma relação de muita confiança. E a gente, como a gente é meio que avulso, às vezes, na hora do aperto, é com a gente mesmo que elas se abrem, elas conversam, choram.

Se as agentes são transformadas em psicólogas e mães (permitindo-se dar broncas nas usuárias menos conformadas), além de educadoras e cuidadoras, e seus usuários se encantam com a sua presença, elas também parecem encantadas, encorajadas e apegadas aos usuários pelo acolhimento, aceitação e reconhecimento do seu trabalho. “Eu me sinto útil”, afirma Telma.

A área da assistência, diferentemente da saúde, possui uma ambiguidade na distinção de qual seria o trabalho exato das agentes de rua, uma vez que não se trata de agir para a prevenção e controle de doenças. Quando tais agentes comentam sobre a natureza de seu trabalho, afirmam que é “levar informações” aos cadastrados e “encaminhar” os problemas concretos aos técnicos competentes. Tratam de “questões sociais”, tais como a pobreza, o desemprego, o alcoolismo, a droga, as deficiências físicas e mentais e a solidão (Deleuze, 2005). Destarte, o papel da assistência parece ser o domínio sobre a inquietação da população em face das crescentes demandas num contexto em que os serviços sociais se complexificam. Da mesma forma, pode-se atribuir às agentes o papel de lidar com o sofrimento dos usuários, por meio da simples presença. Conforme a APS Taís: “Tem até uma senhora que falou pra mim: ‘Quando você chega, o meu dia fica melhor. Se pudesse, eu queria que você viesse na minha casa todo dia. Me deixa tão alegre’”.

Ao mesmo tempo, elas devem revelar a realidade das deficiências dos serviços, administrando as frustrações dos usuários, assumindo o papel do

“acalmador” nos serviços que apresentam falhas, para usarmos o dizer de Goffman (2009). Assim, a agente de saúde Noemi afirma: “Eu costumo justificar tudo: por que a marcação de consulta é demorada? Porque o sistema é lento, [...] a culpa não é das meninas que trabalham na recepção. Por que demora tanto para passar numa consulta? Eu falo: ‘Gente, vocês moram na maior Cohab da América Latina! Tudo aqui é muita gente’”⁴.

Contrariamente, quando retornam à unidade em que trabalham, as agentes se tornam porta-vozes das usuárias, levando suas reclamações à equipe. Ainda que as prioridades estejam estabelecidas objetivamente, é certo que há uma margem de discricionariedade no estabelecimento de critérios para o que deve ser reportado, de maneira a dar consequência a essa importante dimensão do seu trabalho. Essa margem é a de regular e apaziguar as frustrações da população que assiste à ampliação dos serviços públicos, compensando as lacunas do sistema (Georges e Santos, 2012).

À guisa de conclusão

A partir de nossa longa e diversificada experiência de campo, durante cinco anos (2008-2012) de trabalho etnográfico com profissionais de saúde e de assistência social, observamos diferenças significativas que vinculam o modo de estabelecimento da relação de pesquisa à natureza e às mudanças dos próprios serviços. Assim, vimos primeiramente como, na saúde, nossa entrada “por baixo”, a princípio com agentes comunitários da primeira geração, permitiu o estabelecimento de relações de confiança com usuárias moradoras do bairro – entre as quais as agentes – e o compartilhamento de suas trajetórias. No caso posterior, da nossa entrada no setor da assistência através dos técnicos, vimos como se configurou um tipo de relacionamento com as usuárias mais distante, que demandou uma elaboração mais laboriosa.

Essa diferença é significativa também por indicar o sentido das transformações por que passam essas políticas. Assim, no início dos anos 2000, a concretização do Programa Saúde Família passava pela participação das mulheres, tendo como motivações as perspectivas de aquisição de direitos e de mobilização social no bairro. Já a geração mais recente, que se insere na Estratégia Saúde Família, terceirizada pelas Organizações Sociais (OS) desde 2007, incorporou a nova perspectiva individualizante, inerente à profissionalização, à formalização e à burocratização dessa política.

No setor da assistência, a promoção de formas de subjetivação individualizantes – almejando a “transformação social” dos pobres e instrumentalizando

4. O distrito de Cidade Tiradentes, no qual a pesquisa foi realizada, é ocupado sobretudo por moradias construídas por Companhia Metropolitana de Habitação (Cohab).

o papel das mulheres, tanto na família como entre as profissionais – constitui seu objetivo inicial. Portanto, o grande peso dos níveis profissionais e hierárquicos na definição e desenvolvimento do serviço – e por onde também tivemos acesso ao campo – reflete de certa forma o variado tipo de operacionalização desses programas e serviços. Por um lado, promove formas de mobilidade ascendente, em particular das chamadas gerentes do social, nas diversas entidades do terceiro setor que concretizam os programas e serviços assistenciais; por outro, realiza uma triagem entre os pobres, hierarquizando-os conforme o seu nível de participação, ou seja, do seu grau de “ativação” para sair de sua situação de pobreza.

Em suma, é possível considerar que essas políticas sociais favorecem a naturalização do trabalho de mulheres ditas subalternas, com salários baixos e uma parte significativa de *dirty work* (Hughes, 1951). Isto é, a neutralização do trabalho de legitimação da exclusão, e não de acesso aos direitos, que se realiza em troca de melhorias relativas, como um emprego formal próximo do seu domicílio.

Referências Bibliográficas

- GADREY, Jean. (1994), “Les relations de service et l’analyse du travail des agents”. *Sociologie du travail*, 3: 381-389.
- GEORGES, Isabel & SANTOS, Yumi Garcia dos. (2013), “A produção da ‘demanda’: viés institucional e implicações políticas da terceirização do trabalho social na periferia de São Paulo”. In: FELTRAN, Gabriel de Santis & CUNHA, Neiva Vieira da (orgs.). *Sobre periferias: novos conflitos no espaço público*. Rio de Janeiro, Lamparina/Faperj.
- _____. (2012), “Care e políticas públicas: o caso das agentes comunitárias de saúde e das agentes de proteção social”. In: GUIMARÃES, Nadya Araujo & HIRATA, Helena (orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo, Atlas.
- GEORGES, Isabel & VIDAL, Dominique. (2012), “La formalisation de l’emploi à l’épreuve du travail invisible: deux cas de figure de travailleuses de service au Brésil.”, *Sociétés Contemporaines*, 87: 25-47.
- GOFFMAN, Erving. (2009), “Acalmando o otário: alguns aspectos de adaptação à falha”. *Revista Plural*, 16 (1): 195-211.
- HOCHSCHILD, Arlie. (1983), *The managed heart: the commercialization of human feeling*. Califórnia, University of California Press.
- HUGHES, Everett Cherrington, (1951), “Studying the nurse’s work”. *American Journal of Nursing*, 51: 285-294.

- JEANTET, Aurélie. (2003), “‘À votre service!’: la relation de service comme rapport social”. *Sociologie du Travail*, 45 (2): 191-209.
- LIMA, Jacob Carlos & MOURA, Maria Carmo. (2005), “Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba”. *Sociedade e Estado*, 20 (1): 103-133.
- LIPSKY, Michael. (1980), *Street-level bureaucracy, dilemmas of the individual in public services*. Nova York, Russel Sage Foundation.
- OLIVEIRA, Francisco de. (2012), “Jeitinho e jeitão: uma tentativa de interpretação do caráter brasileiro”. *Revista Piauí*, 73. Disponível em <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-73/tribuna-livre-da-luta-de-classes/jeitinho-e-jeitao>, consultado em 29/4/2014.
- ROSSI-DORIA, Anna. (1995), “Representar um corpo: individualidade e ‘alma coletiva’ nas lutas pelo sufrágio”. In: BONACCHI, Gabriella & GROPPI, Angela (orgs.). *O dilema da cidadania: direitos e deveres das mulheres*. São Paulo, Editora da Unesp.
- SADER, Eder. (1988), *Quando novos personagens entraram em cena*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- SANTOS, Yumi Garcia dos. (2012), “A gestão sexuada do social: os novos programas sociais na saúde e na assistência e reprodução das relações tradicionais de gênero”. Relatório de pesquisa. São Paulo, Fapesp/CEM.
- SARTI, Cynthia. (2010), “O lugar da família no Programa Saúde Família”. In: BOMFIM, Leny A. (org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- SCOTT, Parry. (2005), “Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde Família”. In: VILLELA, Wilza & MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo, Arbeit Factory.
- VIDAL, Dominique. (2003), “A linguagem do respeito: a experiência brasileira e o sentido da cidadania nas democracias modernas”, *Dados*, 46 (2): 265-287.

Resumo

Olhares cruzados: relações de cuidado, classe e gênero

Este artigo, em diálogo com a reflexão de P. Molinier, explora as continuidades e as rupturas entre a situação de trabalho do *care* numa instituição francesa, analisada por essa autora, e o nosso campo de pesquisa em São Paulo, com as trabalhadoras sociais. Primeiro, vimos como a entrada em campo configura distintamente as relações tecidas entre pesquisadoras e interlocutoras e o objeto de pesquisa. Em seguida, observamos como o trabalho do cuidado ganha traços particulares, na medida em que tanto agentes e usuárias compartilham a mesma origem social como as ações se desenvolvem no próprio meio.

Palavras-chave: *Care*; Gênero; Classe; Política social; Metodologia.

Abstract

Exchanging looks: care relations, class and gender

Responding to P. Molinier's work, this article looks to explore the continuities and ruptures between the care situation in the French institution analysed by the author, and our own research field in São Paulo, involving female social workers. First we examine how access to the field produces distinct relational configurations between researchers, interlocutors and the research subject. This is followed by an exploration of how care work reveals particular features when agents and users have the same social background, and their actions are developed in the same context.

Keywords: Care; Gender; Class; Social policy; Methodology.

Texto recebido em 21/8/2013 e
aprovado em 27/2/2014.

Isabel P. H. Georges é socióloga,
pesquisadora do Institut de Re-
cherche pour le Développement
(IRD-Devsoc, França), pesqui-
sadora associada e professora
credenciada do Departamento
de Sociologia da UFSCar. E-mail:
isabel.georges@ird.fr.

Yumi Garcia dos Santos é soci-
óloga e professora adjunta do
Departamento de Sociologia
da UFMG. E-mail: yumigds@
uol.com.br.