

## As emoções do *care*<sup>1</sup>

# 3

ANGELO SOARES

O trabalho no setor de serviços conheceu um crescimento fulgurante nas últimas décadas, no mesmo movimento em que o trabalho industrial sofria um declínio considerável. Se as montadoras de automóveis foram a representação por excelência do trabalho industrial no século XX, as clínicas de repouso e toda a indústria do *care* despontam como a quintessência do trabalho no setor de serviços sociais, no século que se inicia. Nos Estados Unidos, as clínicas de repouso já empregam mais do que as indústrias automobilística e siderúrgica juntas.

Contemporaneamente, múltiplas formas de trabalho terciário ocupam uma posição crescente na vida social. Para a satisfação de demandas básicas do cotidiano, impõem-se cada vez mais aos indivíduos interações que se configuram como prestação de serviços. Sendo assim, “qualquer que seja a significação fundamental destas interações, para seus destinatários está claro que o modo como eles são tratados, neste contexto, determinará o sentido do lugar dentro da comunidade” (GOFFMAN, 1983, p. 14).

Uma característica fundamental do trabalho no setor de serviços, potencializada nas atividades que o ato de cuidar envolve, é a interação entre a trabalhadora<sup>2</sup> e o indivíduo para quem se produz o serviço, pois

<sup>1</sup> Todos os depoimentos transcritos neste artigo são excertos de entrevistas realizadas em diferentes hospitais da cidade de São Paulo com dez auxiliares de enfermagem, homens e mulheres. Os nomes são todos fictícios. Essa pesquisa foi possível graças ao financiamento obtido no 8º Concurso Nacional de Pesquisa sobre Gênero da Fundação Carlos Chagas, à qual somos muito gratos.

<sup>2</sup> Vamos utilizar a forma feminina, pois se trata de um setor tradicionalmente feminino onde a maioria dos trabalhadores são mulheres, com o objetivo de aliviar o texto.

“quando os trabalhadores e os clientes se encontram, nas indústrias dos serviços, essa relação agrega uma nova dimensão ao modelo de relações humanas na indústria. Quando o cliente participa ativamente na atividade, toda a organização deve ser adaptada ao seu comportamento” (WHYTE, 1946, p. 123).

Neste texto, vamos nos concentrar nessa relação entre a pessoa que cuida e aquela que é cuidada. **Analisaremos o trabalho de cuidar enfatizando os aspectos emocionais que ele envolve.**

## 1 A interação no trabalho de cuidar

Segundo Fisher e Tronto (1991), as atividades que definem o cuidar (*care*) compreendem “**tudo o que fazemos** para manter, perpetuar e reparar nosso mundo de maneira que **possamos viver tão bem quanto possível**. Esse mundo compreende nosso corpo, nós mesmos e nosso meio ambiente, **todos os elementos** que nós buscamos associar em uma rede complexa, **para sustentar a vida**” (p. 40).

**O trabalho de cuidar do outro envolve diferentes dimensões e atividades, dependendo de quem é a pessoa que será o objeto dele.** Assumir o cuidado de uma criança, de uma pessoa idosa ou de uma pessoa com alguma limitação, por exemplo, não são, em absoluto, tarefas idênticas. Os atores que compõem essa relação são, dessa maneira, determinantes do tipo de interação que será estabelecida no trabalho de cuidar. Trata-se de relações desiguais perpassadas por assimetrias socialmente estabelecidas de gênero, idade, classe social, raça e etnia, que se recobrem parcialmente, que implicam um **exercício de poder** e exigem qualificações específicas.

Muitas vezes, quem cuida e quem é cuidado não se conheciam previamente, e a interação entre eles é fugaz. Nesses casos, podemos dizer que existe um encontro entre eles, uma interação na coprodução de um centro de atenção visual e cognitiva (GUTEK, 1995). Trata-se de uma atividade que pressupõe a presença física, ou pelo menos um contato verbal,<sup>3</sup> e uma influência recíproca entre os indivíduos sobre suas ações (GOFFMAN, 1961, 1963 e 1983).

**Entretanto, a partir dessa interação, pode-se desenvolver toda uma história em comum,** deflagrando-se uma sequência de interações no futuro. Nesse caso, para além da ocorrência de um encontro, tem-se o estabelecimento de uma **relação** entre quem cuida e quem é cuidado.

Essa distinção se reveste de relevância analítica, na medida em que **a estruturação da interação afeta tanto a qualidade de vida no trabalho de quem cuida quanto a experiência de quem é cuidado** (GUTEK, 1995). É também com base nessa diferenciação que se pode

<sup>3</sup> Pensamos aqui nas pessoas que trabalham, por exemplo, em serviços telefônicos para a ajuda ao outro, tais como o SOS-Suicídio ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

apreender um processo de desqualificação do trabalho no setor de serviços, particularmente no trabalho de cuidar: **com a precarização do trabalho** (APPAY; THÉBAUD-MONY, 1997), **passamos a ter cada vez mais encontros e menos relações.**

O trabalho de cuidar tem suas raízes na esfera privada, na família. **Dessa esfera, ele carrega tanto a “invisibilidade” quanto um padrão de reconhecimento e qualidade: ele será considerado tão mais bem feito quanto mais se aproximar do cuidado que seria dedicado por quem o faz a um membro de sua própria família.**

Outro aspecto que não pode ser negligenciado é que a interação entre quem cuida e quem é cuidado é mediada pela família deste último, a qual pode assumir um papel de maior ou menor incidência na interação.

## 2 As dimensões do trabalho de cuidar

O trabalho de cuidar abrange várias dimensões. **Uma primeira delas é física.** Temos em mente, por exemplo, o esforço corporal mobilizado em atos como deslocar, segurar, sustentar a pessoa que está sendo cuidada.

Comporta, também, **uma dimensão cognitiva.** Ao tratar de um enfermo, por exemplo, é preciso conhecer a medicação que será administrada e observar seus horários, além de reconhecer diferentes sintomas clínicos. Essas duas dimensões, também presentes no trabalho industrial, são mais facilmente identificadas e reconhecidas no trabalho de cuidar. Ainda assim, elas são insuficientes para compreendê-lo em toda a sua complexidade, e outras dimensões precisam ser contempladas.

## 3 A dimensão sexual

Em primeiro lugar, deve-se compreender **a dimensão sexual, associada à utilização do corpo da trabalhadora na produção dos cuidados.** Diferentemente do que ocorre, por exemplo, na atividade industrial, o ato de cuidar envolve, tipicamente, um **contato corporal** com o outro. Esse contato está presente em atividades como limpar excrementos, dar banho, colocar sondas, realizar a higiene de partes íntimas etc. Devemos diferenciar o trabalho sexual – um trabalho que instrumentaliza a sexualidade, no qual ocorre um contato corpo a corpo entre quem produz e quem recebe o serviço – do trabalho que é realizado pelas trabalhadoras e trabalhadores do sexo.

**No trabalho sexual, o corpo ou uma parte do corpo são instrumentalizados durante a produção de um serviço, como nos casos em que é preciso responder a avanços sexuais do cliente/paciente sem melindrá-lo, utilizar determinados modelos de uniforme, ter um contato físico direto durante a realização de uma tarefa.** Dessa maneira, o corpo ou uma parte do corpo das trabalhadoras são integrados à prestação mesma do serviço. No

trabalho de cuidar, esse contato corpo a corpo é muito presente, fazendo com que essa dimensão imponha constrangimentos inexistentes no universo industrial.

Ainda não me habituei a cuidar de homem, porque toda a minha vida foi dentro de maternidade. Então eu nunca fui assim, cuidando de homem. Lógico, a gente cuida, tudo, mas não porque eu gosto. Sinceramente não. E só cuidei mesmo da parte de mulher. Tudo maternidade, então eu não me sinto bem cuidando do sexo homem. E diz que na enfermagem não tem sexo, então. Eu já me sinto mais constrangida nesse sentido, né? (Maria, 47 anos).

O componente sexual também se faz presente em aspectos ligados à apresentação dessas trabalhadoras. Para obter um emprego e conservá-lo, elas devem, muitas vezes, ser atrizes sexualizadas, oferecendo uma imagem “agradável” ou mesmo “atraente”. É preciso observar requisitos de aparência como não se mostrarem cansadas, enfeitarem-se e maquiarem-se – com o cuidado, entretanto, de respeitar a “discrição” que é delas esperada.

#### 4 A dimensão relacional

Outra dimensão importante é a **dimensão relacional**. No trabalho de cuidar, as trabalhadoras utilizam o que Goffman (1967) define como **qualificações sociais**, isto é, “a capacidade de evitar o embaraço para si e para o outro”. A diplomacia é outro exemplo de qualificação social “invisível”, mas de grande importância no trabalho de cuidar. Essa qualificação, necessária em muitas interações com a clientela, é geralmente muito valorizada em ocupações tipicamente masculinas. Entretanto, nos trabalhos tradicionalmente desempenhados por mulheres, costuma ser subsumida, reduzida a um aspecto da “natureza feminina”.

Outras qualificações sociais importantes são mobilizadas na interação entre quem cuida e quem é cuidado. Por exemplo, **a capacidade de guardar o adequado equilíbrio na interação**, um aspecto importante para preservar a comunicação, a escuta. Temos ainda a paciência, a **capacidade de manter o controle emocional**, de não perder a calma, ao longo do tempo. Devem-se tolerar erros, fatos indesejados, inesperados, incômodos, assim como a obstinação do outro. **Trata-se de ser perseverante, escutar com calma e agir com tolerância.**

Tem que ter um caminhão de paciência. A gente acaba conseguindo. Até aqui e agora, graças a Deus eu consegui, daqui pra frente eu não sei né? (Alzira, 40 anos).

Outro conjunto de qualificações sociais no trabalho de cuidar está associado aos cuidados e à atenção para com o outro. As qualificações sociais englobam todas as atitudes e comportamentos cuja ausência pode perturbar ou comprometer a continuidade

da interação. São qualificações de difícil mensuração e avaliação, que, na maior parte das vezes, são aprendidas e desenvolvidas na prática e durante o processo de socialização (DAUNE-RICHARD, 1998; KERGOAT, 1992).

Intimamente associada à dimensão relacional, temos a **dimensão emocional**, uma vez que “sempre e de imediato, a relação humana é afetiva [...]. O ser humano está, face aos outros, em um estado de não indiferença, de disponibilidade ou de receptividade” (PAGÈS, 1997, p. 101-102). Convém assinalar que as fronteiras entre as diferentes dimensões aqui analisadas são, por certo, arbitrárias, na medida em que elas são vividas simultaneamente, e existe uma sinergia importante entre elas. Essas dimensões são também perpassadas por relações sociais de classe, raça, etnia, idade e gênero.

## 5 A dimensão emocional

As emoções perpassam todas as esferas de nossas vidas, e tanto podem reforçar quanto instabilizar, a cada momento, laços interpessoais e vínculos com diferentes estruturas sociais e culturais. Derivando do latim *emovere* – por em movimento –, as emoções deflagram movimentos de mudança de estado nos indivíduos. **São manifestações internas que geram uma reação exterior.**

Diante da dificuldade de se **definir o que é uma emoção**, pode-se, primeiramente, indicar a forma como ela se relaciona com o **tempo**. A emoção possui um começo e um fim, e uma duração suficiente para que possamos, ao menos, reconhecer-lhe determinada qualidade. **As emoções são corporalizadas (*embodied*), isto é, desencadeiam e se traduzem em manifestações corporais**, como palidez, enrubescimento, aceleração dos batimentos cardíacos, tremores ou tiques nervosos, por exemplo. Até por isso, dizemos frequentemente que somos traídos por nossas emoções. Finalmente, as emoções podem variar em intensidade, mas elas têm sempre uma causa e um objeto.

Podemos definir a emoção como um fenômeno multifacetado, que envolve: **a avaliação de um estímulo ou de um contexto; mudanças fisiológicas, corporais, expressivas, comportamentais e cognitivas; a liberação ou repressão da expressão dos gestos; e a existência de uma etiqueta cultural aplicada a uma constelação específica de uma ou várias dessas três facetas** (THOITS, 2007). Ademais, “todas essas facetas não estão necessariamente sempre presentes, entretanto mais elas estão presentes, mais a pessoa considerará que se trata de uma emoção” (PHILIPPOT, 2007, p. 14).

**Como toda a atividade humana, o trabalho é palco da (re)produção de diferentes emoções:** podemos ter medo de sofrer um acidente, de adoecer por causa do trabalho, de perder o emprego; sentimo-nos satisfeitos e orgulhosos quando julgamos ter feito um bom trabalho; experimentamos raiva em face de uma injustiça praticada no ambiente de trabalho; recebemos com alegria a notícia de uma promoção. Com sua infinidade de manifestações, a dimensão emocional impõe uma maior complexidade das análises do trabalho, bem como de suas relações com a saúde física e mental. Além disso, ela é decisiva

para uma compreensão mais justa e acurada do trabalho real, da organização e da **saúde ocupacional**. Tomando-se um exemplo: em um hospital, uma trabalhadora passou toda a sua jornada conversando com pacientes terminais e com seus familiares. Como podemos compreender que ela se sinta completamente esgotada, ao encerrar seu turno, se ela não realizou nenhum esforço físico? De onde vem esse esgotamento? (JAMES; GABE, 1996).

O trabalho exige frequentemente uma gestão da expressão das emoções, definida por Hochschild (1983 e 1993) como **trabalho emocional – a compreensão, a avaliação e a gestão das próprias emoções, assim como das emoções do outro, para que o trabalho possa ser realizado**. Segundo a autora, o trabalho emocional possui três características principais: em primeiro lugar, ele exige um contato face a face ou, pelo menos, um contato verbal com o público. Além disso, a atitude e a expressão da trabalhadora ou do trabalhador produzem respostas emocionais no cliente/paciente. Finalmente, como a dimensão emocional integra a tarefa, os empregadores exercem controle sobre as atividades emocionais de seus empregados, por meio da formação e da supervisão (HOCHSCHILD, 1983).

**Os trabalhadores e as trabalhadoras devem observar e respeitar certas regras de sentimento<sup>4</sup> que ditam o tipo de emoção requerida e apropriada, em cada interação, em cada papel, em cada organização.** É exatamente para se conformar a essas regras de sentimento que o trabalho emocional deve ser realizado. Nesse sentido, a administração tenta impor, controlar e administrar as diferentes regras de sentimento. Tomando-se um exemplo facilmente reconhecível, deve-se sorrir, em muitas situações, independentemente de se ter ou não vontade de fazê-lo. O sorriso prescrito integra o cotidiano de uma grande parcela dos trabalhadores do setor de serviços. **Vale assinalar que nem todo trabalho emocional é, necessariamente, trabalho de cuidados, mas todo trabalho de cuidados envolve, sempre, o trabalho emocional.**

A realização desse trabalho emocional exige uma coordenação do eu e **das próprias emoções**, para que ele pareça ser realizado sem qualquer esforço (HOCHSCHILD, 1983).

Eu já chorei assim... Eu gosto do que eu faço, e às vezes eu saía de um quarto e... pegava amor e carinho por um paciente, e ele partiu. Entendeu? E ao mesmo tempo eu tinha que entrar lá no outro quarto, e aquele paciente tava triste. Então um dia uma colega me perguntou: “Ana, é incrível, como é que você consegue chorar nesse quarto e sorrir naquele outro?” Eu falei, eu tenho que me controlar e chegar sorrindo e tudo bem, como eu estou. Porque o paciente do quarto não tem nada a ver, eu tenho que dar alegria pra aquele paciente que está precisando. Aquele lá se foi, mas esse aqui ficou e esse aqui tá precisando, também. Eu consigo controlar isso aí. Tá? De viver aquela dor que a pessoa está precisando e chegar no outro quarto ficar sorrindo e não estar passando nada pra outra pessoa (Ana, 36 anos).

Outra faceta do trabalho emocional é sublinhada por Thoits (1996), quando aponta que as trabalhadoras e os trabalhadores devem frequentemente operar uma **gestão das**

<sup>4</sup> As regras de sentimento são um conjunto de normas compartilhadas socialmente que dirigem a forma pela qual nós devemos ou deveríamos sentir as emoções (HOCHSCHILD, 1983).

**emoções dos clientes/pacientes.** Para que determinado serviço seja eficaz e de boa qualidade, é preciso assegurar que o cliente/paciente se reconheça feliz e satisfeito. Quando esse resultado é obtido, isso se torna uma fonte de gratificação para quem foi bem-sucedido no seu trabalho emocional.

Bom, pra gente tratar o emocional do paciente, a gente tem que estar bem emocionalmente, também. E a gente tem que passar isso pro paciente. Ele percebe. Ele pode estar mal, ele pode estar em UTI, em coma, e a gente consegue passar alguma coisa pra ele. A gente trabalha assim, a gente tenta passar a experiência de vida da gente. A gente tenta fazer que eles vejam que aquilo ali é só um momento. Que aquilo ali é passageiro. Que não vai durar pra sempre. E fazer com que a pessoa tenha um pouco de confiança, um pouco de paciência (Marisa, 37 anos).

Podemos distinguir qualitativamente dois tipos de trabalho emocional. Uma primeira modalidade é o agir em superfície, quando se **fingem emoções** que não são realmente sentidas. Frequentemente, as pessoas “colocam uma face feliz” para sustentar um encontro em que isso é requerido pelas regras de sentimento.

A gente tem que estar sempre com um sorriso na frente. Você não vai mostrar o choro para a pessoa. Não dá para você mostrar o choro, você tem que estar sempre alegre, não tem jeito (Eduardo, 48 anos).

**Já no caso do agir em profundidade, as pessoas esforçam-se por sentir a emoção a ser externada,** buscando dentro delas os estímulos que lhes permitirão despertá-la, de modo a se adequar às regras de expressão exigidas publicamente.

Eu acho muito bom. Eu acho que a pessoa tem que gostar, mesmo. Tem que fazer com amor, com respeito, e se sentir bem naquilo que faz. Não adianta vir só pra ser um profissional frio, sem né? Vazio... sem nada por dentro. Não é por aí? Tem que ser atencioso. O mínimo. Às vezes, uma coisa tão mínima, a pessoa já grava tanto. Já fica marcado. Já marca tanto. (Letícia, 57 anos).

**Tanto o agir em superfície quanto o agir em profundidade podem ter consequências nefastas, sobretudo para a saúde mental.** Agindo em superfície, o indivíduo pode sentir uma **dissonância emocional**, isto é, um mal-estar causado pelo fato de estar dividido entre duas ou mais emoções contraditórias. Existe uma disparidade entre o que sentimos e o que demonstramos sentir, e essa disparidade pode produzir em nós um sentimento de inautenticidade. Semelhante dissonância emocional pode ser uma fonte importante de estresse (ADELMANN, 1995; ERICKSON e WHARTON, 1997).

Por outro lado, agindo em profundidade, o indivíduo pode sofrer uma **alienação emocional**, expressa em uma fusão de identidades: torna-se para ele difícil se identificar a seu trabalho sem ter sua identidade amalgamada a seu trabalho.

Wharton e Erickson (1993) refinam a compreensão quantitativa do trabalho emocional, propondo para ele diferentes graus e tipos. Um primeiro ponto a ter presente é que em todos os tipos de trabalho algum trabalho emocional será sempre realizado. Para determinar o grau, um elemento a ser considerado é se o indivíduo (cliente, paciente, colega de trabalho, supervisor etc.) com quem a trabalhadora ou o trabalhador interagirá pertence ou não à organização. O trabalho emocional é mais intenso quando a interação é feita com indivíduos externos à organização.

Há também uma diferenciação segundo os tipos de emoção mobilizados. O trabalho emocional pode ser: (a) integrador: a ênfase é colocada na expressão da simpatia, delicadeza e empatia; (b) dissimulador: a ênfase é colocada na expressão da neutralidade; (c) diferenciador: a ênfase é colocada na expressão da irritação, da desconfiança, da hostilidade, para que se gere um sentimento de intranquilidade, preocupação ou medo no cliente/paciente (WHARTON; ERICKSON, 1993).

Esta tipologia contribui para a diferenciação das modalidades de trabalho emocional. Uma mesma atividade, todavia, pode envolver uma combinação desses três tipos de trabalho emocional. **Tal é o caso do trabalho de cuidar, no qual os aspectos integrador, dissimulador e diferenciador devem estar presentes** – e se alternarem, às vezes, com a velocidade com que se passa do quarto de um paciente para o de outro.

Porque às vezes tem paciente chato, que reclama de tudo. Mal-humorado, e você tem que estar ali sorridente, é como se estivesse até achando graça do que ele tá fazendo. A gente tem que fingir muitas vezes. Então a gente passa...

Não digo que é sempre, mas às vezes a gente tem que fingir. Fingir que está bem, fingir que está adorando aquele paciente mal-educado, que trata a gente mal. E, se eu estou pelos corredores, pensando num problema, se eu estou triste, chateada, eu abri a porta, eu tenho que estar bem (Marisa 37 anos).

Às vezes, eles perguntam certas questões em relação à doença, né? E é difícil pra gente, porque você também, não pode falar uma mentira naquele momento. Então, fica difícil, essa hora assim... De dar uma resposta nesse sentido. Uma pergunta que vem: você acha que no meu caso existe cura, né? Você está sabendo que não, né? Aí, fica difícil pra você. É difícil, né? É difícil porque você não pode ser tão realista. E também, não pode ficar mentindo. Tem que saber dar outra resposta pra pessoa (Nadya, 45 anos).

Você sabe, eu já fui obrigada a pôr os meus sentimentos de lado, porque eu tinha muita pena de um paciente, mas era necessário que eu fosse dura com ele, para que ele progredisse e avançasse no tratamento (Alzira, 40 anos).

## 6 A divisão sexual do trabalho emocional

Um aspecto importante a se considerar é o **gênero**, pois **existe uma clara divisão sexual do trabalho emocional**: aos homens, delegam-se as tarefas que lhes exigem que sejam agressivos, duros, rudes, frios etc. O homem não pode chorar ou ser sensível. Às

mulheres, confiam-se as tarefas que exigem a delicadeza, a empatia, a gentileza, sensibilidade etc.

Podemos afirmar que, como fundamento disso, existe uma divisão sexual das emoções. As mulheres, por exemplo, devem, supostamente, ter medo de várias coisas, enquanto aos homens esse sentimento é vedado. A agressividade, em um homem, denota liderança; uma mulher agressiva, a seu turno, não é vista da mesma maneira. E a lista poderia se estender. Como enfatiza Heller (1980), essa divisão sexual das emoções foi e tem sido construída socialmente, e **consagra uma hierarquização**: as emoções exprimidas pelas mulheres são consideradas ora inferiores, ora superiores, mas raramente iguais às emoções manifestadas pelos homens.

Outro elemento que deve ser destacado é a **interseção de diferentes relações sociais, além do gênero (raça, classe social, idade, entre outras), na realização do trabalho emocional**. Uma trabalhadora negra, por exemplo, deve frequentemente enfrentar proposições ou gestos discriminatórios que a obrigam a realizar um trabalho emocional que a uma trabalhadora branca não são necessários. Desse modo, as trabalhadoras negras realizam uma carga suplementar de trabalho emocional.

A paciente tocou a campainha. Há duas campainhas, uma para a cozinha e outra para as enfermeiras. Quando eu cheguei no quarto, ela me disse: “Eu não toquei a campainha da cozinha.” Eu respondi: “Mas eu sou a enfermeira”, mas eu senti o racismo. Eu senti. [...] Então eu engoli seco, mas eu guardei pra mim. Você entendeu? Eu não respondi. Eu estava iniciando no trabalho, né? E eu precisava daquele trabalho. Eu não respondi. Assim... Eu engoli (Maria, 47 anos).

Além disso, devemos considerar a **posição na escala de status ocupacional em que se enquadra a trabalhadora do cuidar**. A maior parte do trabalho de cuidar, por conta da segregação ocupacional, faz parte do proletariado emocional,<sup>5</sup> cuja latitude decisória e cujo grau de prestígio social são baixos. Associando-se o fato de que as emoções das mulheres são consideradas e tratadas como menos importantes, temos que a “proteção estatutária” (*status shield*) das mulheres contra abusos é mais fraca (HOCHSCHILD, 1983). Por tudo isso, as trabalhadoras são mais vulneráveis às humilhações e são mais frequentemente expostas a um tratamento rude ou até mesmo violento de parte de quem recebe os cuidados. **Sem poder revidar, as trabalhadoras veem-se impedidas de exprimir suas emoções “verdadeiras”**. No trabalho de cuidar, a violência praticada por quem é cuidado deve ser tolerada, o que impõe uma sobrecarga de trabalho emocional.

Foi uma garotinha, estava na semi-intensiva nesse dia. Ela ficou revoltada. Acho que eu fui pegá-la para sentá-la na poltrona, e ela foi ríspida comigo. Então o que você faz? Você não

<sup>5</sup> O proletariado emocional é formado por trabalhadoras e trabalhadores que fazem um trabalho face a face ou voz a voz, mas que não tem controle sobre as “regras de sentimento” que guiam o trabalho emocional deles e estão em uma posição subserviente com relação ao cliente/paciente (MACDONALD; MERRILL, 2009, p. 115).

pode devolver. Uma, que é teu local de trabalho, outra é paciente. Ela está insegura. Muitas vezes a agressividade do paciente, ele mostra a insegurança. Porque por detrás dessa agressividade há uma insegurança enorme. Então o que eu faço. Engulo aquilo, ali. Às vezes dá vontade de você... Todo mundo é humano, né? E chega alguém, te xinga e tudo mais. Você está fazendo, fazendo. Então o que você faz? Engoli aquilo ali, aquela vontade que te dá, de responder à altura, mas vamos tratá-la como paciente (Alzira, 40 anos).

Estavam puncionando a veia de uma criança e não conseguiram. Aí a hora que eu entrei no quarto, e o pai já veio com murro, já falando que ninguém mais ia colocar a mão na criança, que ia bater em mim. Eu cheguei agora, e eu vou tentar pegar, porque a criança está desidratada e eu preciso de uma veia de acesso pra poder passar o medicamento. Aí, não dei ouvido a ele, e ele perto de mim, querendo me agredir, a esposa perto, toda envergonhada, porque não podia fazer nada. Aí eu falei pra ele, eu tenho que tentar, a gente tem que fazer alguma coisa, ou o Sr. pega seu filho e leva daqui agora, porque eu não me responsabilizo pelo que está acontecendo. E ele me xingando e eu tentando puncionar a veia. Eu dei tanta sorte que eu consegui pegar na primeira (Marisa, 37 anos).

Também associada à divisão sexual do trabalho, outra questão que se mostra relevante é a vasta interface entre o trabalho de cuidar, a família e o trabalho doméstico. **A preocupação com a família é fonte de um trabalho emocional suplementar.**

A gente tem que aprender a controlar as emoções da gente. Às vezes, a gente está com vontade de chorar, por problemas da gente, porque a gente tem família, que pode estar doente, que pode estar com problema e a gente tem que estar sorrindo o tempo todo. Se a gente entrar séria no quarto, tem paciente que já acha que a gente está mal-humorada, que a gente tratou mal. Já teve paciente que veio reclamar que a enfermeira é mal-humorada, que faz tudo sem vontade, que está na profissão errada. Mas eu me dou bem, nessa parte. Eu consigo. E falo para as minhas colegas, sabe, que enfermeira tem que ser uma boa atriz. Que a gente tem que ser boa atriz (Marisa, 37 anos).

Eu faço o que eu gosto, mas você veja bem, feriado, sábado, domingo, minhas crianças estão em casa. Porque a gente trabalha no hospital, mas a gente não trabalha sozinha. A gente trabalha com marido e com filhos. Porque você não vive para eles. Eles também não passeiam, não saem. Aí no dia que sai, você está tão cansada, está assim de porre que você... Ah, não estou com vontade de sair. Aí eu acho que isso aí reflete um pouco, para os filhos (Ana, 36 anos).

As regras de sentimento estão presentes nas relações familiares de uma maneira dupla, quando se trata do trabalho de cuidar. Em um plano, existe o trabalho emocional vinculado aos familiares de quem está sendo cuidado.

Eu sinto também, só que eu tenho que conviver com isso, também. Eu não vou poder cair em prantos, toda vez que eu vejo uma pessoa morrer. Porque eu tenho que dar o consolo pra família, também. Então ali, na hora, não é só o meu paciente que morreu. Tem a família que vem depois. A gente tem que estar preparada, também, pra amparar a família, pra conversar, pra amenizar um pouco. Apesar de que a gente não consegue, mas a gente tenta. Então tem esse lado (Marisa, 37 anos).

Há também, entretanto, o trabalho emocional na família de quem cuida. Nesse plano, duas diferenças devem ser consideradas. Primeiro, o trabalho emocional não é mercantilizado, mas negociado entre os membros da família (HOCHSCHILD, 1983, 1989). Acreditamos que o trabalho emocional nas relações familiares seja mais complexo e mais intenso, pois ele é desenvolvido num registro temporal diferente.

Além disso, uma emoção específica particulariza essa relação: o amor, que perpassa o trabalho emocional. As fronteiras são ainda nebulosas. Onde termina o trabalho emocional e começa o amor? Devemos reconhecer, ao menos, que no trabalho doméstico, no seio da família, muito trabalho emocional é realizado.

No trabalho de cuidar, o amor também se faz presente, mesmo que, no trabalho prescrito de cuidar, o amor e o envolvimento sejam fortemente desaconselhados e mesmo proscritos pela organização. Como bem demonstrou Stone (2000),

“os administradores do trabalho de cuidar querem provas de que eles estão fornecendo algo e, frequentemente, uma prova de que eles estão fornecendo algo de alta qualidade também. Assim, eles querem tudo documentado. E medido. ‘Você não pode administrar algo que não possa ser medido’ é o mantra da administração. Os administradores querem algo para justificar o dinheiro e os esforços. Tarefas aparecem, conversas não” (p. 98). Não é somente a comunicação que não aparece e não pode ser quantificada: o amor, o carinho e o trabalho emocional também fazem parte do incomensurável que é fundamental no trabalho de cuidar e em sua qualidade, mas que a administração não leva em consideração. São tarefas invisíveis.

Os trabalhadores e as trabalhadoras são unânimes em ressaltar que é impossível não se envolver com quem é cuidado, e que o amor está presente.

Eu acho por afeto. Afeto eu acho que mais. Porque você lida diretamente com a pessoa, né? Se a pessoa começa a gostar de você é pelo afeto, pelo carinho que você,... praticamente até substitui até uma mãe, uma esposa, uma filha. Na hora que o paciente está doente. Eu vejo assim, porque esse amor é mais puro. É pelo carinho que você dá. Você dá carinho, você recebe, também (Ana, 36 anos).

Foi a morte de uma paciente que eu gostava muito e me deixei envolver, não me deixei envolver, mas a situação em que ela se encontrava fez com que eu me deixasse envolver, né? Era uma paciente pobre, tinha câncer e o médico estava dispensando, pois ela morava na Bahia. Ela ia ter que voltar pra cidade dela. Furneci dinheiro pra que ela fosse pra cidade dela, ver novamente os familiares. Passado um ano ela me ligou, eu dei o telefone da minha casa e a irmã dela me ligou dizendo que ela estava morrendo e que ela chamava muito o meu nome, né? E isso era época de Natal. Então a situação, a época de Natal, tudo isso, me ligou três vezes e eu não pude ajudá-la no momento. Eu fiquei muito triste e peguei a chorar (Helena, 28 anos).

Tinha uma menina, ela era tão bonitinha. Ela era deficiente, sabe? Mas ela era assim, ela comunicava com a gente, do jeito dela. Ela ficou muito tempo internada. A gente ficou gostando dela e depois quando ela morreu, assim... não dá pra contar. E mesmo assim, quando

têm pacientes, mesmo que não seja ela, seja outro, se a família começar a chorar, eu choro. Eu tenho que sair de perto (Marilena, 51 anos).

Na verdade, o amor e o envolvimento são dois componentes vistos como inevitáveis, essenciais e positivos na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Mesmo quando o trabalho de cuidar é feito no âmbito de uma organização, mediante um pagamento, o amor e o envolvimento, mesmo não fazendo parte do trabalho prescrito, estão presentes no trabalho real, escapando, de certa maneira, à mercantilização.

Finalmente, na relação entre quem cuida e quem é cuidado há o momento crucial em que a confiança vai ou não se estabelecer. Lupton (1996) revela que a avaliação de um médico, por seus pacientes, é fortemente determinada pelo critério da confiança, que é construída, fundamentalmente, pela comunicação. No trabalho de cuidar, esse passo também precisa se estabelecer, e tanto a comunicação quanto a confiança estarão condicionadas pela relação que se construir entre as trabalhadoras e quem é cuidado.

Eu diria que é a convivência que eu tenho com o paciente. Eu gosto muito. Quando eu tenho tempo de conversar com ele, porque tem paciente que de repente ele se abre com a gente. Coisas íntimas dele, que ele não fala nem pra esposa dele. E a gente entra no quarto, está só a gente, ele passa pra gente. É a confiança que... Quando a gente sente que o paciente confia na gente. Quando a gente sente que... Acho que a confiança que o paciente tem na gente é a melhor coisa que a gente pode perceber. Saber que ele confia no trabalho da gente, confia na gente, mesmo (Marisa, 37 anos).

Depende de como você prepara ele antes, né? A confiança, que você passa pra ele. Você explica que pra você ele é um irmão. É um filho, né? Que tanto faz você ver a barriga dele ou o braço. O cuidado que você vai ter é o mesmo. Eu acho que tudo isso influencia muito, tá! Eu acho que ele vai se liberando aos poucos. [...] Já aconteceu comigo, de um senhor olhar pra mim e falar assim: é você que vai me dar o banho? Sou eu sim. Mas eu não quero, eu quero um homem. Eu falei, puxa a vida, o senhor vai me desprezar? Eu vim com tanto carinho, te dar seu banho, seu cuidado. Eu tenho muito respeito pelo senhor. Eu sei que o senhor tem idade de ser meu avô, meu pai, sei lá. Mas eu acho que o senhor devia tomar o banho, o senhor não quer? Aí eu fui conversando, brincando, arrumando o soro, alguma coisa. Nesse meio tempo ele decidiu tomar o banho comigo. Eu dei o banho nele e depois ele não queria mais que ninguém desse banho nele. Todos os dias, esse vizinho, ele pegou um carinho tão grande por mim que mesmo que a enfermeira do andar colocasse outra pessoa pra dar o banho nele, ele só ficava tranquilo se eu fosse junto. Você entende? Então se pegou confiança, afeto, carinho (Ana, 36 anos).

Vemos nesse último depoimento a construção dessa relação de confiança<sup>6</sup> que acaba reduzindo a complexidade dos sistemas sociais, como aponta Luhmann (1979). **E quando a relação de confiança é estabelecida, menos trabalho emocional é necessário, pois menos gestão das emoções do outro é exercida.** Evidentemente, em casos nos quais

<sup>6</sup> Como sustenta Luhmann (1979), uma confiança total ou uma desconfiança total não podem existir. Confiança e desconfiança sempre coexistem nas relações.

quem é cuidado enfrentou alguma perda cognitiva, demência, Alzheimer, esta relação de confiança não pode ser completamente desenvolvida, e o trabalho de cuidar torna-se mais complexo e exaustivo: a cada interação deve-se repetir o esforço de negociar o estabelecimento dessa relação de confiança, implicando assim um trabalho emocional mais intenso.

A confiança, no trabalho de cuidar, possui, desse modo, dois aspectos. Em primeiro lugar, há um aspecto temporal, pois a experiência no trabalho, o tempo de trabalho, revela-se um fator decisivo. Sendo assim, a distinção entre encontro e relação adquire um significado crucial: nos encontros, ocioso dizer, a confiança é mais difícil de ser estabelecida, o que acarreta mais trabalho emocional; nas relações, inversamente, a construção da confiança entre as pessoas é favorecida, havendo, assim, uma redução da carga do trabalho emocional.

Deve-se ter presente que conquistar a confiança de quem está sendo cuidado e da respectiva família exige uma substancial carga de trabalho emocional. É graças a esse trabalho emocional feito por quem cuida que interações confiáveis, agradáveis e sem tensões, entre pessoas que são total ou parcialmente estranhas, se tornam possíveis (HOCHSCHILD, 1983).

## 7 As emoções e as outras dimensões do trabalho

Não deve ser desconsiderada a intersecção entre o trabalho emocional e as outras dimensões do trabalho de cuidar. Aspectos físicos, por exemplo, podem influenciar a realização desse trabalho emocional.

Tem dia que a gente tá desanimada, cansada, tá com vontade de virar as costas e deixar tudo e ir embora. Mas a gente tem que... Até inclusive pros superiores da gente. Porque eles até podem falar eu tou cansada, eu tou doente, eu tou... Mas se a gente fala isso eles não gostam. Então a gente tem que fingir que tá tudo bem (Marisa, 37 anos).

No trabalho de cuidar, a dimensão sexual, sobretudo quando é preciso tocar o corpo do outro, exige também a realização de um trabalho emocional.

Na hora que você vai fazer uma higiene íntima num paciente homem, seja ele jovem ou não, e ele ter uma ereção. É superdesagradável. Porque o paciente não existe sexo, homem ou mulher. Ele não tem sexo, o paciente. Sabe que muitas vezes se é num paciente jovem, e nós como mulheres que vamos fazer uma higiene íntima nele, pra nós isso é indiferente. Eles ficam super sem-graça, eles olham assim. Então se ele tem alguma ereção, alguma coisa, coisa diferente pra ele, ele fica assim... e a gente também acaba ficando sem-graça. A gente chama um colega começa a conversar, falando outra coisa. E ele acaba nem ligando e acaba desfazendo aquela coisa tão sem-graça, tão esquisita (Alzira, 40 anos).

Esse contato físico, em alguns casos, gera uma sobrecarga de trabalho emocional. É preciso fazer uma gestão mais intensa das próprias emoções, uma vez que elas se enraízam no corpo, para não se deixar trair, seja por uma careta, seja por um engulho, quando, por exemplo, há falta de higiene ou é preciso limpar excrementos. Quando a gestão das emoções não é possível, na maior parte das vezes, sobrevém uma crise de choro (SOARES, 2000 e 2000a).

## Conclusão

As emoções e, mais precisamente, o trabalho emocional são cruciais para a realização – e, portanto, para a compreensão – do trabalho de cuidar, sendo perpassados por múltiplas relações sociais de outras ordens e por outras dimensões implicadas neste trabalho.

Assim como, no plano analítico, é preciso retirar da invisibilidade esse componente do trabalho de cuidar, parece-nos não menos fundamental que o trabalho emocional seja progressivamente contemplado e integrado nos diferentes modelos de planejamento e de gestão dessas atividades, as quais conquistam cada vez mais centralidade no mundo contemporâneo.

Há que se ter presente que este é um trabalho que existe somente porque existe o outro, que necessita de cuidados. Assim, a importância de quem é cuidado não pode ser subestimada, na organização deste trabalho. Essas pessoas constituem-se na fonte do afeto e de outras emoções positivas, ao mesmo tempo em que podem impor desafios ao se mostrarem hostis ou mesmo violentas, produzindo sentimentos negativos.

Para cuidar delas, a trabalhadora coloca em prática inúmeras qualificações, mas, assim como ocorre classicamente com o trabalho doméstico, essas qualificações permanecem, na maior parte do tempo, invisíveis, são pouco valorizadas, privadas de reconhecimento social. Ao mesmo tempo, se essas qualificações não são mobilizadas, sua ausência é imediatamente sentida, pois isso faz com que o trabalho de cuidar perca seu sentido, sua alma, sua humanidade.

## Referências

ADELMANN, P. K. Emotional labor as a potential source of job stress. In: SAUTER, S. L.; MURPHY, L. R. (Org.). *Organizational risk factors for job stress*. p. 371-381. Washington: APA, 1995.

ADKINS, L. *Gendered work: sexuality, family and the labour market*. Buckingham: Open University Press, 1995.

APPAY, B.; THÉBAUD-MONY, A. *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris: IRESO/CNRS, 1997.

- DAUNE-RICHARD, A.-M. Qualifications et représentations sociales. In: MARUANI, M. *Les nouvelles frontières de l'inégalité: hommes et femmes sur le marché du travail*. Paris: Mage e La Découverte, 1998. p. 47-58.
- ERICKSON R. J.; WHARTON, A. S. Inauthenticity and depression: assessing the consequences of interactive service work. *Work and Occupations*, 24 (2), p. 188-213, 1997.
- FISHER, B.; TRONTO, J. C. Toward a feminist theory of care. In: ARIEL, E.; NELSON, M. *Circles of care*. Albany (NY): University of New York Press, 1991. p. 35-62.
- GIDDENS, A. *The consequences of modernity*. Stanford, California: Stanford University Press, 1990.
- GOFFMAN, E. *Encounters: two studies in the sociology of interaction*. Indianapolis: Bobbs Merrill Educational, 1961.
- . *Behavior in public places*. New York: Free Press, 1963.
- . *Interaction ritual: essays on face-to-face behavior*. New York: Pantheon Books, 1967.
- . The interaction order. *American Sociological Review*, 48, p. 1-17, 1983.
- GUTEK, B. *The dynamics of service*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995.
- HELLER, A. The emotional division of labor between the sexes. *Social Praxis*, 7, p. 205-218, 1980.
- HOCHSCHILD, A. *The managed heart*. Berkeley: University Of California Press, 1983.
- . Preface. In: FINEMAN, S. (Org.) *Emotion in Organizations*. London: Sage, 1993. p. ix-xiii.
- JAMES, N. Divisions of emotional labour: disclosure and cancer. In: FINEMAN, S. (Org.) *Emotion in organizations*. Newbury Park: Sage, 1993. p. 94-117.
- JAMES, V.; GABE, J. Connecting emotions and health. In: JAMES, V.; GABE, J. (Org.) *Health and the Sociology of Emotions*. p. 1-24. Oxford: Blackwell Publishers, 1996.
- KERGOAT, D. À propos des rapports sociaux de sexe. *M*, 53, p. 16-19, 1992.
- LAN, P.-C. The body as a contested terrain for labor control: cosmetics retailers in department stores and direct selling". In: BALDOZ, R.; KOEBER, C.; KRAFT, P. (Org.) *The critical study of work: labor, technology and global production*. Philadelphia: Temple University Press, 2001.
- LUHMANN, N. *Trust and power*. New York: John Wiley and Sons, 1979.
- LUPTON, D. Your life in their hands: trust in the medical encounter. In: James, V.; Gabe, J. (Org.) *Health and the sociology of emotions*. Oxford: Blackwell, 1996. p. 157-172.
- MACDONALD, C. L.; MERRILL, D. Intersectionality in the emotional proletariat. In: KORCZYNSKI, M.; MACDONALD, L. C. (Org.) *Service work: critical perspectives*. New York: Routledge, p. 113-133.
- PAGÈS, M. *La vie affective des groupes: esquisse d'une théorie de la relation humaine*. Paris: Dunod, 1997.
- PHILIPPOT, P. *Émotion et psychothérapie*. Paris: Mardaga, 2007.
- SHIELDS, S. A. Thinking about gender, thinking about theory: gender and emotional experience. In: FISHER, A. H. (Org.) *Gender and emotion: social psychological perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 3-23.

SMITH, P. *The emotional labour of nursing: its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in nursing*. London: Macmillan, 1991.

SOARES, A. Au cœur des services: les larmes au travail. *Revue Pistes*, 2(2), Montreal: IRSST. Disponível em: <<http://www.unites.uqam.ca/Pistes/v2n2/Articles/v2n2a5.htm>>.

\_\_\_\_\_. *Tears at work: gender, interaction, and emotional labour in the Brazilian Service Sector*. Washington: 95th Annual Meeting of the American Sociological Association, 2000a.

STONE, D. Caring by the book. In: MEYER, M. H. (Org.). *Care work: gender labor and welfare state*. New York: Routledge, 2000. p. 89-111.

THOITS, P. Managing the emotions of others. *Symbolic Interaction*, 19(2), p. 85-109, 1996.

\_\_\_\_\_. Extending Scherer's conception of emotion. *Social Science Information* 46(3), p. 429-433, 2007.

\_\_\_\_\_. The sociology of emotions. *Annual Review of Sociology*, 15, p. 317-342, 1989.

TRONTO, J. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993.

WHARTON, A. S.; ERICKSON, R. J. Managing emotions on the job and at home: understanding the consequences of multiple emotional roles. *Academy of Management Review*, 18, p. 457-486, 1993.

WHYTE, W. F. When workers and customers meet. In: WHYTE, W. F. (Dir.). *Industry and society*. New York: McGraw Hill, 1946.