

Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional

*Care work:
a situational and multidimensional concept*

No Brasil, a maior parte das pesquisas sobre o trabalho de cuidado de idosos tem sido produzida em áreas como geriatria, gerontologia, enfermagem e saúde pública (Guimarães, Hirata, Sugita, 2011)¹. Recentemente observam-se esforços teóricos e analíticos de autoras de diferentes países que apontam para as diversas faces do trabalho de cuidado (Molinier, 2012). Contudo, as pesquisas sociológicas sobre o trabalho de cuidado de pessoas idosas no Brasil são relativamente incipientes.

Este artigo propõe uma abordagem teórica e analítica do trabalho de cuidado feito por cuidadoras junto às mulheres idosas asiladas. A construção de uma abordagem analítica mais complexa sobre o trabalho de cuidado resultou de pesquisa realizada com cuidadoras em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), do Distrito Federal e de Goiás. As ILPIs são residências coletivas que atendem tanto pessoas idosas em situação de carência de renda e/ou de família quanto aquelas com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitam de cuidados prolongados (Camarano e Kanso, 2010, p. 234).

* É professora adjunta do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: <analiasoriabatista@gmail.com>.

** É professora titular do Departamento de Sociologia da UnB. E-mail: <lourdesmbandeira@yahoo.com.br>.

¹ Este artigo provém do trabalho de campo conduzido em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Distrito Federal e em Goiás como parte da pesquisa “Envelhecimento das mulheres: práticas institucionais de violência e abandono”, ocorrida em 2007 e 2008 e apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

A pesquisa possibilitou a construção de um conceito analítico sobre o trabalho de cuidado exercido por cuidadoras junto às mulheres idosas asiladas, baseado em uma perspectiva situacional e multidimensional do fenômeno, que aborda o trabalho de cuidado especificamente em Instituições Totais, que impõem dinâmicas e regulações próprias à realização desse trabalho, envolvendo um conjunto de dimensões relacionadas, articulando ações de cognição com afeto, instâncias da moral e de poder.

Considera-se que a dimensão afetiva constitui o cerne do trabalho de cuidado, embora a pesquisa também evidenciasse que se trata de tarefa complexa e cotidiana que exige uma carga cognitiva densa e boa habilidade funcional, por parte das cuidadoras, nem sempre presente. Em outras palavras, a tarefa de cuidar é árdua e de muita responsabilidade.

Define-se aqui o trabalho de cuidado como uma técnica do corpo no sentido que Mauss (2003) atribui a esse termo. Essas técnicas compreendem modos de usar o corpo produzidos e transmitidos socialmente. Considera-se que as técnicas do corpo, ou modos operatórios relativos aos cuidados transmitidos socialmente, comportam dimensões afetiva, cognitiva, moral e de poder.

Os conhecimentos e os saberes das cuidadoras sobre os problemas de saúde das mulheres idosas e as necessidades de cuidado daí decorrentes constituem aspectos importantes, mas que por si só não permitem compreender a complexidade envolvida nos modos de operação empregados no cuidado das pessoas idosas. Nas interações com as pessoas cuidadas, as cuidadoras usam os conhecimentos adquiridos recriando-os, o que permite afirmar que seus conhecimentos e saberes constituem um *a priori* que não revela o que acontece na realidade cotidiana do trabalho de cuidado. Em que medida e como as prescrições aprendidas pelas cuidadoras estão presentes e se realizam nas atividades de cuidado, apenas a pesquisa empírica minuciosa pode revelar.

Com relação à dimensão afetiva dos cuidados, considera-se a compaixão a afetividade característica do trabalho de cuidado. A compaixão pode ser entendida como o estado afetivo capaz de motivar padrões específicos de comportamento em direção ao atendimento das necessidades do outro, e que possibilita mitigar seu sofrimento (Goetz, Keltner e Simon-Thomas, 2010). No conceito aqui proposto, a compaixão comparece como um processo de base fisiológica ancorado na expe-

riência evolutiva da espécie, mas tornado consciente e permeado por significados morais e políticos e associado a relações de poder durante o trabalho de cuidado.

A dimensão moral do trabalho de cuidado diz respeito ao valor social dessas atividades. Propõe-se aqui empregar o conceito de “trabalho sujo”, *dirty work* (Hughes, 1993), que aponta para a presença de uma divisão moral do trabalho nas sociedades, nos termos do binarismo prestígio-desprestígio. Numerosas atividades do cuidado de pessoas idosas são consideradas sujas, pois envolvem o manuseio do corpo do outro. Agrega-se a isso a suspeição de violências por parte das cuidadoras quando a situação de vulnerabilidade da pessoa idosa vê-se incrementada por suas dificuldades funcionais. O conceito de trabalho sujo constitui um alerta para quem pesquisa, uma vez que terá de compreender os sentimentos contraditórios das cuidadoras nas atividades de cuidado.

As interações entre as cuidadoras e as mulheres idosas, durante as práticas de higiene, alimentação e medicação, entre outras, revelam a produção de interdependências e, ao mesmo tempo, desigualdades de poderes e hierarquias que em comum favorecem às cuidadoras. Nesse sentido, a figuração “*estabelecidos e outsiders*” de Elias e Scotson (2000) pode auxiliar na compreensão dos processos sociológicos relativos ao poder, presentes no trabalho de cuidado.

A proposta analítica em discussão aplica-se ao estudo dos modos de operação ou esquemas de ação das cuidadoras propriamente ditas, das auxiliares de enfermagem e das técnicas em enfermagem nas ILPIs. Evidentemente, o trabalho de cuidado feito por essas profissionais difere. Sobretudo o cuidado prestado por auxiliares de enfermagem e cuidadoras sem formação específica na área de enfermagem. Aquelas proporcionam cuidado medicalizado e estas realizam um cuidado compreendido como apoios que possibilitam a vida diária das pessoas idosas. Por isso sugerimos analisar o trabalho de cuidado de ambas as profissionais.

Neste artigo, primeiro apresentam-se dados e informações ilustrativas sobre envelhecimento, dependência e institucionalização no Brasil, que mostram a importância de estudar o cuidado dispensado às mulheres nas ILPIs. Segundo, apresenta-se a metodologia adotada na pesquisa conduzida nas ILPIs do Distrito Federal (DF) e de Goiás. Terceiro, aponta-se a diversidade de práticas e significados do

termo cuidado e se analisa o trabalho de cuidado como técnicas do corpo. Quarto, discute-se a dimensão afetiva dos cuidados partindo do conceito de compaixão. Em seguida, discutem-se as implicações morais do conceito de trabalho sujo no trabalho de cuidado. Por fim abordam-se as potencialidades da figuração “*estabelecidos e outsiders*” para a compreensão dos modos operatórios do cuidado em contexto de desigualdade de poderes e hierarquias durante as interações entre as cuidadoras e as mulheres idosas. O artigo se encerra com considerações sobre a complexidade das atividades de cuidado das mulheres nas ILPIs e a necessidade de se abordar as múltiplas dimensões que qualificam as atividades do cuidado.

Mulheres idosas: institucionalização e dependência

As sondagens populacionais brasileiras não fornecem informações claras quanto à institucionalização das pessoas idosas. Em 2005, pesquisa de Camarano estimou o número de pessoas idosas que viviam nessa situação no Brasil. Usando informações do Censo Demográfico de 2000, chegou-se ao número de aproximadamente 113 mil pessoas com 60 anos ou mais vivendo em domicílios coletivos. Partindo daí, os dados trabalhados revelaram que cerca de 110 mil pessoas idosas residiam em ILPIs, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira.

A dinâmica demográfica vem sendo alterada de maneira substantiva no Brasil nas últimas décadas. Embora o envelhecimento da população possa parecer uma conquista para a humanidade, nem sempre é acompanhado de políticas públicas que possibilitem administrar tal situação. Segundo informações do Censo Demográfico de 2010, a população brasileira com mais de 65 anos representava 7,4%, e a de 80 anos ou mais, 1,5% da população total no Brasil naquele ano. A projeção da população (revisão de 2008) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que, em 2020, essas parcelas sejam de 9,2% e 1,9%; em 2030, 13,3% e 2,7% e; em 2040, 17,5% e 4,3%, respectivamente. Para 2050, quando a população total será menor do que a verificada em 2040, a proporção esperada de pessoas com 65 anos ou mais deverá chegar a 22,7%, e a de 80 anos ou mais, a 6,4%, ou seja, essa população somará cerca de um terço (29,1%) do total da população brasileira.

Tabela 1 – Expectativa de vida da população brasileira: projeção para até 2060 (em décadas)

década	expectativa de vida (em anos)
2000	69,8
2010	73,9
2020	76,7
2030	78,6
2040	79,9
2050	80,7
2060	81,2

Fonte: IBGE-PNAD, 2011-2012.

Obs.: Na Região Sul as pessoas com mais de 60 anos representam uma faixa maior da população: 14,2%. Quatro cidades do Rio Grande do Sul, segundo o IBGE, são as recordistas na proporção de idosos. Em Coqueiro Baixo, a 161 km de Porto Alegre, 20,4% dos habitantes estão nessa faixa etária, seguida pelas vizinhas Santa Teresa (19,8%), Relvado (19,6%) e Colinas (18,7%).

O IBGE prevê que em 2030 a população brasileira, hoje estimada em 196,9 milhões, começará a encolher. Segundo projeções do Instituto, o país terá uma proporção de 13,3% de idosos em relação ao total. Além disso, a projeção da população, divulgada em agosto de 2012, aponta que os idosos no Brasil deverão representar 26,7% da população (58,4 milhões de idosos para uma população de 218 milhões de pessoas) em 2060, numa proporção 3,6 vezes maior do que a atual (IBGE-PNAD, 2011-2012).

Tal cenário anuncia que o processo de envelhecimento acarreta consequências complexas, uma vez que transcende o próprio segmento, pois altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade. No caso, o impacto sobre as atividades de cuidado nas ILPIs é um dos maiores desafios a ser enfrentado nessa década pelas políticas públicas no Brasil.

Sobre o perfil das pessoas idosas, o estudo de Camarano et al. (2005) identificou que a proporção de idosos institucionalizados aumenta com a idade, e que mais da metade (57% ou 59,5 mil pessoas) era composta por mulheres. Com relação à situação civil dessa população, os dados indicam que nenhuma das pessoas idosas residentes em domicílios coletivos era casada. Entre os homens, 33,3% eram separados, divorciados ou desquitados, ao passo que, entre as mulheres, a taxa era de 11,8%. A situação de viuvez destacou-se entre as mulheres: 41% delas estavam nessa condição. Já os ho-

mens viúvos correspondiam a 23,7% do total. Por sua vez, 47,2% das mulheres e 43% dos homens que viviam em ILPIs eram solteiros. Entre as mulheres, 33,7% tinham filhos ainda vivos, o que pode indicar que são significativas as dificuldades encontradas por essas famílias para enfrentar o avanço do envelhecimento de seus membros idosos. Os dados podem apontar ainda uma possível situação de abandono vivenciada por certo número de idosos em situação de dependência ou não.

O problema da dependência impõe-se progressivamente como relevante, não apenas pelo aumento da população em idade mais elevada, com maior risco de sofrer de doenças crônico-degenerativas incapacitantes, como também devido à redução do apoio familiar disponível, fazendo que as pessoas idosas em situação de dependência passem a estar mais vulneráveis, em comparação ao passado.

Entretanto, a forma de compreender e analisar a situação de dependência do indivíduo ainda não é consensual. Países como Alemanha, França, Japão, Estados Unidos, Espanha e Suécia adotam diferentes formas de definir a dependência, incluindo critérios distintos e diversas metodologias de avaliação dessa situação. Os fatores mais fortemente associados às incapacidades funcionais que afetam as pessoas idosas se relacionam com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Comportamentos relacionados ao estilo de vida, como fumar, beber, comer em excesso, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ou, por outra via, fazer exercícios regulares, ter senso de autoeficácia e controle, manter relações sociais e de apoio constituem potenciais fatores explicativos do estado de saúde físico e psíquico das pessoas que envelhecem (Soria Batista et al. 2008).

Outros elementos, como os fatores socioeconômicos ou culturais, também contribuem para que a população idosa constitua um segmento significativamente heterogêneo do ponto de vista das incapacidades físicas ou mentais, o que coloca desafios importantes para a organização dos cuidados. No Brasil, podemos citar diferentes esforços para definir a dependência. Camarano et al. (2005), por exemplo, consideram que a situação de dependência de uma pessoa está ligada à necessidade de ajuda de outros (família e/ou Estado) e é determinada por duas variáveis: a falta de autonomia para lidar com as atividades básicas da vida cotidiana e a ausência de rendimentos. Segundo Costa Rosa et al. (2003), a falta de autonomia para lidar com as atividades da

vida diária diz respeito à situação de incapacidade funcional do indivíduo, definida pela presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Vale destacar, no entanto, que essa definição é restrita ao paradigma biomédico, que define a incapacidade do ponto de vista das condições funcionais do indivíduo.

Visando incorporar na discussão sobre a dependência a complexidade da construção social dessa situação, o Ministério da Saúde (MS) adotou o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo o qual a capacidade funcional de um indivíduo diz respeito à sua capacidade de realizar as atividades da vida diária (alimentar-se, vestir-se e tomar banho, entre outras) e as atividades instrumentais (ir ao banco, pegar um ônibus e comunicar-se, entre outras). Independência diz respeito à primeira, isto é, não depender dos outros para a realização dessas atividades; e autonomia diz respeito à segunda, poder gerir a própria vida, tomar decisões. As pessoas idosas são assim avaliadas no pano de fundo da concepção do indivíduo como agente independente e autônomo, de modo que a pessoa idosa é percebida partindo das faltas ou ausências, ou limitações funcionais que a distanciam do indivíduo concebido como dono de si mesmo.

No Brasil, apesar de não haver um sistema estabelecido de classificação da dependência que balize as estatísticas nacionais, os dados coletados pelo IBGE no suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003), que levantou informações sobre as condições de saúde da população, permitem um exercício de dimensionamento do universo dos idosos dependentes no que respeita às suas capacidades funcionais. De acordo com a pesquisa de Camarano et al. (2005), cerca de 13,5% dos idosos brasileiros – o que corresponde a cerca de 2,3 milhões de pessoas – tinham dificuldade para lidar com algumas atividades básicas da vida diária, como comer, tomar banho ou ir ao banheiro. Evidentemente, essas dificuldades são crescentes, conforme aumenta a idade. A proporção dos homens maiores de 80 anos que não apresentam qualquer dificuldade chega a ser 23,9 pontos menor que aqueles na faixa dos 60 aos 64 anos; no caso das mulheres, a diferença entre essas faixas etárias cresce para 28,4 pontos. De modo geral, as mulheres apresentam maiores dificuldades que os homens e representam 56% do total dos idosos debilitados em suas capacidades funcionais (Soria Batista et al., 2008).

É preciso considerar, no entanto, que esse universo de 2,3 milhões de idosos não pode ser tomado como “dependente”. Talvez apenas o grupo que alegou ser incapaz ou ter grande dificuldade para desempenhar as atividades sugeridas possa ser classificado como dependente, o que abrange cerca de metade dos idosos aqui considerados, totalizando 1,1 milhão de indivíduos. O grupo que afirmou ter pequena dificuldade para desempenhar essas atividades (a outra metade do grupo) pode estar composto de idosos em situações bastante distintas, que apenas de forma parcial ou eventualmente requerem a ajuda de terceiros. Maior avanço no dimensionamento da situação de dependência entre os idosos brasileiros, bem como no conhecimento de suas necessidades – e, portanto, no desenho de políticas públicas para esse grupo da população – estão limitados, hoje, pela inexistência de um sistema de classificação da dependência que estabeleça graus diferenciados, conforme limitações funcionais previstas, e que possa ser aplicado nas pesquisas demográficas e nos levantamentos sobre condições de vida da população (Soria Batista et al., 2008).

Estudo de Camarano (2006) aponta que entre as pessoas idosas institucionalizadas há maior proporção daquelas com problemas de deficiência física e/ou mental do que entre as não institucionalizadas. Entre as mulheres institucionalizadas, em torno de um terço tinha dificuldades em caminhar e/ou subir escadas e mais de um quarto tinha doenças mentais. A maioria das pessoas idosas institucionalizadas, sobretudo as do sexo masculino, era de solteiros e nenhum era casado. Em torno de um quarto dos homens não tinha nenhum rendimento, proporção essa ligeiramente mais elevada do que a feminina e muito mais elevada do que a correspondente para a população total. Dos idosos com renda, essa era originária, principalmente, da seguridade social (Soria Batista et al., 2008).

Os dados apresentados apontam para a importância de focar os estudos sobre cuidado de pessoas idosas nas ILPIs, especificamente nas mulheres, na medida em que mais da metade dessas pessoas são mulheres, e há indícios do abandono dessas mulheres por parte dos filhos e demais familiares e maiores dificuldades psicofísicas entre as de 80 e mais anos, quando comparadas às dos homens na mesma faixa etária.

Metodologia da pesquisa

Foi selecionado um desenho de pesquisa qualitativa. O trabalho de campo se realizou em ILPIs do DF e de Goiás, no período de março de 2007 a

novembro de 2008. O estudo se baseou em etnografias das instituições e em entrevistas com cuidadoras, pessoas idosas e dirigentes das ILPIs.

No DF foram pesquisadas 14 das 15 ILPIs formalmente cadastradas, e, em Goiás, 8 das 12, compondo um total de 22 instituições. Fez-se etnografia em 4 ILPIs, em 2 instituições no DF e em 2 em Goiás. No total foram 80 entrevistas face a face, conduzidas na privacidade dos estabelecimentos e que duraram, em média, uma hora, abarcando cuidadoras (40), pessoas idosas (21) e dirigentes das instituições (19). As entrevistas seguiram um esquema semiestruturado, mas os participantes formam encorajados a apontar outros aspectos importantes para eles não contemplados nos roteiros.

Observações densas, narrativas e discursos sobre o cuidado dos corpos envelhecidos e as práticas asilares cotidianas constituem aspectos de fundamental importância para compreender as relações que envolvem o cuidado, sua organização situacional e sua multidimensionalidade, as características dos serviços oferecidos e os aspectos políticos do cuidado.

Evidências da pesquisa

Quem são as cuidadoras e as pessoas cuidadas?

Nas casas de asilamento pesquisadas são cada vez mais frequentes, em razão das mudanças que têm ocorrido nas estruturas familiares, as atividades de cuidado de pessoas idosas com limitações funcionais. As atividades são realizadas por mulheres cuidadoras, embora haja a presença de alguns homens cuidadores, que fazem as tarefas mais pesadas, ditas masculinas, como deslocar as pessoas idosas para o banho, além de se ocuparem mais com atividades de infraestrutura dos estabelecimentos.

As mulheres cuidadoras têm entre 25 e 50 anos, e em sua maioria são casadas. Inseridas em um ambiente familiar, convivem, não raro, com a experiência de envelhecimento dos familiares, pais e/ou avós. São recrutadas nas classes sociais menos favorecidas, tendo nível de escolaridade fundamental ou médio e em comum dois filhos. As cuidadoras recebem, em média, um salário mínimo por seu trabalho e comumente trabalham em jornadas organizadas por turnos de 12 por 36 horas.

De modo geral, observou-se a baixa qualificação dessas profissionais, pouco habilitadas para tratar com doenças e situações típicas do envelhecimento das mulheres. Indagadas sobre sua qualificação, a maioria informou ter frequentado curso preparatório de um a três meses, buscando se capacitar

como cuidadora, para deixar em definitivo o emprego doméstico. Muitas afirmaram que a experiência do emprego e dos trabalhos domésticos era deslocada para as atividades de cuidado. Como é sabido, historicamente, a tarefa de cuidar é destinada à mulher, dado seu domínio na esfera da reprodução social, naturalizadas como responsáveis por gerar, nutrir e cuidar.

O cuidado das pessoas idosas envolve profissionais das mais diversas áreas e, na cultura das instituições filantrópicas, sendo todas comumente chamadas de cuidadoras. Cozinheiras, arrumadeiras e nutricionistas, entre outras, são consideradas, nas práticas cotidianas das instituições asilares, cuidadoras. Mais de 60% das cuidadoras entrevistadas têm curso técnico de enfermagem, mas poucas têm formação específica para o cuidado de mulheres idosas. O cuidado não medicalizado tem em comum como *savoir faire* o trabalho doméstico, como apontado acima.

O número de pessoas idosas nas instituições pesquisadas varia de 10 a 100, com predominância de idosas, por volta de 90%. A maioria dessas mulheres tem família. Há poucas profissionais para uma demanda grande de trabalho, havendo em média 13 idosos para cada cuidadora, na maioria com limitações funcionais. As mulheres asiladas encontram-se em condições de vulnerabilidade e a maioria apresenta grande dependência em relação às necessidades mais essenciais.

Quanto às instituições, praticamente todas as pesquisadas são de cunho religioso ou filantrópico, contando com poucos recursos públicos para viabilizar seu funcionamento. As ILPIs do DF e de Goiás são Instituições Totais (Goffman, 2001). Mas algumas dessas em Goiás lembram mais vilas comunitárias que permitem maior espaço à manifestação dos desejos das pessoas aí residentes, situação que se verifica apenas no caso de pessoas idosas com poucas limitações funcionais, que não dependem de outros para fazer suas atividades da vida diária.

Acerca da noção de cuidado, Araujo Guimarães et al. (2011) apontam que, no Brasil e nos países de língua espanhola, a palavra “cuidado” é usada para designar atitude, mas é o verbo *cuidar*, designando a ação, que parece traduzir melhor a palavra inglesa *care*. Assim, se é certo que “cuidado” ou “atividade de cuidado”, ou mesmo “ocupações relacionadas ao cuidado”, como substantivos, foram introduzidos mais recentemente na língua corrente, as noções de cuidar ou de tomar conta tem vários significados, sendo expressões de uso cotidiano.

As atividades do cuidado de pessoas idosas na sociedade podem constituir um esforço institucional e inclusive ser feitas a distancia. Isso significa que essas atividades não estão presentes apenas nas interações entre quem cuida e quem é cuidado. Contudo, as atividades de cuidado que interessam a este artigo, do ponto de vista teórico e analítico, são as desempenhadas por mulheres cuidadoras junto às mulheres idosas em ILPIs. Essas atividades (de cuidado) podem ser consideradas técnicas do corpo, isto é, modos operatórios produzidos e transmitidos socialmente, e que, segundo Mauss (2003), envolvem tradição, moralidade e afetividade. As técnicas do corpo mudam de sociedade em sociedade e de geração em geração, como as técnicas de natação e de corrida, ou de usar determinado tipo de ferramenta.

Toda técnica tem especificidades e as habilidades manuais no uso de determinados instrumentos são aprendidas lentamente. Segundo esse autor, isso também vale para toda atitude do corpo, à medida que toda sociedade tem seus *habitus* (em latim, o adquirido, e a faculdade de Aristóteles) próprios, o que significa que há uma educação do andar, do sentar etc. Esses *habitus* variam, sobretudo, com as sociedades, a educação, os prestígios, as conveniências, as modas.

Para Mauss, a compreensão das técnicas do corpo, como o nado, a corrida etc., precisam de um tríplice ponto de vista – o biológico, o psicológico e o social –, isto é, o ponto de vista do homem total. Mas como se produz o aprendizado dessas técnicas? O autor não entra em detalhes sobre os aspectos fisiológicos implícitos nesses aprendizados. Destaca, no entanto, o aspecto social, uma vez que, por exemplo, a criança que aprende a nadar imita os gestos de um adulto que tem prestígio, que é autorizado socialmente. Do ponto de vista psicológico, por exemplo, objetos considerados mágicos podem gerar sentimentos, como a confiança ou a coragem, que se associam a proezas físicas, de resistência biológica.

As técnicas do corpo, para ele, constituem um ato tradicional eficaz. Não há técnica nem transmissão se não houver tradição. O ato tradicional das técnicas é sentido como um ato de ordem mecânica, física ou físico-química e é realizado com esse objetivo. O corpo é o primeiro e mais natural instrumento do homem ou o primeiro e mais natural objeto técnico e, ao mesmo tempo, meio técnico, afirma Mauss.

Segundo o autor, analisando a biografia de um indivíduo, podemos enumerar diversas técnicas do corpo, por exemplo: as técnicas do nascimento e

da obstetrícia; as técnicas da infância (criação e alimentação da criança etc.); as técnicas da adolescência; as técnicas da idade adulta ou, como no caso sob análise, as técnicas de cuidado de pessoas idosas com limitações funcionais. As técnicas do corpo constituem montagens fisio-psico-sociológicas de conjuntos de atos. E uma das razões pelas quais esses conjuntos podem ser montados mais facilmente nos indivíduos é que derivam da autoridade social. Na sociedade, todos sabem, e devem aprender a saber, o que fazer em todas as situações, mas isso não significa que não se cometam erros, assevera Mauss. As técnicas permitem adaptar o corpo ao seu uso: resistência, seriedade, flexibilidade, dignidade, presteza, contenção etc. As técnicas do corpo moldam os afetos.

Existem as técnicas do corpo e também os instrumentos que o homem emprega para realizar determinados atos. O ato de cavar uma cova implica o uso de um instrumento denominado pá, mas se deve considerar que, para usá-la, é necessário uma aprendizagem, até porque as pás podem ter diferentes formas, o que influencia as técnicas do corpo. Mas não é apenas a forma do instrumento que influencia as técnicas de adestramento para seu uso, uma vez que tanto a pá quanto as técnicas apropriadas para o seu uso são socialmente construídas e o uso transmitido depende da tradição, enfatiza Mauss (2003).

Neste artigo se considera que as práticas do cuidado de pessoas idosas com limitações funcionais constituem técnicas de corpo socialmente produzidas, adquiridas e transmitidas, informal e formalmente. A pesquisa mostrou que as cuidadoras têm como principal *savoir faire* para a realização dos cuidados das pessoas idosas nas ILPIs as atividades do emprego e do trabalho doméstico. Este envolve as atividades de cuidado dos membros da família, das crianças, dos doentes, das pessoas idosas e essas práticas e sensibilidades estão na base dos cuidados que as mulheres cuidadoras proporcionam nas instituições. O conhecimento formal diz respeito aos conhecimentos adquiridos em cursos e treinamentos feitos pelas cuidadoras, muito embora o acesso a esses cursos seja muito limitado.

Essas trabalhadoras usam as técnicas do corpo relativas aos cuidados, adquiridas informal ou formalmente, recriando-as durante as atividades junto às pessoas idosas. O aprendizado informal e formal das técnicas do corpo que permitem o cuidado das pessoas idosas constitui um primeiro nível de análise, que precisa ser complementado com o relativo à apro-

priação, à recriação e aos usos que as cuidadoras fazem dessas técnicas, tanto em instituições asilares quanto em situações específicas da interação social. Por isso, é importante a observação das interações cotidianas entre as cuidadoras e as pessoas idosas, em momentos como banho, alimentação, atividades recreativas, entre outros. Esse aspecto será retomado na discussão sobre as interdependências, poderes e hierarquias presentes nas relações do trabalho de cuidado.

Cuidado e compaixão

A leitura do livro de Darwin (2000), cuja primeira edição é de 1890, intitulado *A expressão das emoções no homem e nos animais*, permite compreender que certas emoções se tornaram habituais à medida que se revelaram úteis para a sobrevivência e o desenvolvimento da espécie. A compaixão aparece como afetividade socialmente apreendida no curso da evolução da espécie e transformada em hábito. A compaixão constitui um sentimento que surge em face do outro que sofre.

Damasio (2000, 2004) aponta que a cultura molda a expressão das emoções, interdita algumas e estimula outras e lhes confere significados. A natureza da socialização das meninas nas técnicas do corpo relativas ao cuidado dos vulneráveis e/ou dos que sofrem está em sintonia com o hábito de compaixão da espécie. Tanto homens quanto mulheres podem aprender as técnicas do corpo relativas ao cuidado dos outros. Mas a emoção da compaixão, no caso das mulheres, é culturalmente moldada na socialização primária, diferentemente do que ocorre com os homens, que não são induzidos a incorporar as técnicas do cuidado dos outros durante a infância. É no grupo familiar que as mulheres são incentivadas a serem compassivas, independentemente da avaliação que possa ser feita com relação ao merecimento dos vulneráveis. É no grupo familiar que as meninas apreendem a compaixão como um sentimento obrigatório e sacrificial no contexto da dominação patriarcal.

No Ocidente, as meninas apreendem as técnicas para o cuidado dos outros no convívio com as mulheres adultas da família. A depender das crenças do grupo familiar a obrigatoriedade do cuidado com as mulheres pode assumir significados religiosos ou laicos. O aprendizado dessas técnicas do corpo pelas mulheres constrói uma dinâmica de solidariedade e reciprocidade familiar em torno dos cuidados, baseada, sobretudo, no sacrifício das mulheres. Para

elas, a compaixão e as práticas que a encarnam têm, em comum, o significado de obrigatoriedade moral e sacrifício necessário.

Observamos que as mulheres constituem as principais cuidadoras. As profissões vinculadas à saúde, como a de cuidadora ou de enfermeira, exigem a compaixão como uma prescrição da ordem emocional do trabalho (Hochschild, 1983, 2003). O sentimento de compaixão, em face da ausência de recursos materiais e cognitivos suficientes que permitam mitigar adequadamente o sofrimento dos outros, poderá ser substituído por outros sentimentos como medo, ansiedade, desespero ou indiferença, distância.

A compaixão é, pois, um sentimento de empoderamento, o que significa que é possível sentir compaixão uma vez que se há recursos materiais e cognitivos para aliviar o sofrimento dos outros. A compaixão comparece como um sentimento de “estabelecido”, de quem tem recursos para se experimentar como moralmente superior, o que sob determinadas circunstâncias pode acabar em forte relação de poder-dominação da cuidadora com relação a quem é cuidado. Na ausência desses recursos, a compaixão pode ceder lugar a outros sentimentos, como já apontado acima, e o cuidado pode falhar, gerando sentimentos de culpa, em especial no caso das mulheres.

A formação das cuidadoras e das condições de trabalho nas instituições, como o número de pessoas idosas por cuidadora e a organização do trabalho, entre outros fatores, constituem aspectos que influenciam a qualidade da ajuda que as cuidadoras podem oferecer às pessoas idosas. A pesquisa apontou sérios problemas nesses quesitos, como falta de formação adequada das cuidadoras, número deficitário de cuidadoras em relação ao número de pessoas idosas que precisam de atendimento e a organização taylorista do trabalho de cuidar nas instituições. Esses aspectos que limitam a compaixão afetam as relações e as interações da cuidadora com as mulheres idosas de duas formas. De um lado, podem influenciar *coisificando* as relações das cuidadoras com as pessoas idosas, despersonalizando essas interações, tornando-as frias, distanciadas, indiferentes. Nesse caso, as cuidadoras não conseguem olhar com humanidade para as pessoas idosas e as atividades de cuidado são burocratizadas. De outro, podem influenciar gerando sentimentos de desespero, medo e ansiedade nas cuidadoras que se vinculam afetivamente de forma positiva com as mulheres cuidadas. Nos dois casos fica comprometida a possibilidade de as cuidadoras aliviarem o sofrimento das pessoas idosas e terminam essas situações produzindo sofrimento também nas cuidadoras.

O cuidado como *dirty work*

Guimarães, Hirata e Sugita (2011, p. 154) reconhecem que, no Brasil, “cuidar da casa, do marido, das crianças têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, as quais, no léxico brasileiro, têm estado associadas à submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres brancas ou das mulheres negras (posteriormente)”. Cuidar de pessoas idosas com limitações funcionais constitui uma atividade desprestigiada, uma vez que é feita, fundamentalmente, por agentes subalternos, as mulheres, pobres, brancas ou negras. É um trabalho que se confunde e mistura com o trabalho doméstico e se caracteriza pelos baixos salários percebidos pelas cuidadoras. Por fim, lida com os corpos envelhecidos, com a decadência física e mental, com dejetos, feridas e cheiros característicos das doenças crônicas. O cuidado das pessoas idosas é tido como “trabalho sujo”, pois lida com aspectos da vida das pessoas em que a sociedade, com sua ética de higienização, do sucesso material e da ênfase na juventude e no glamour, não quer pensar e muito menos pôr a mão.

A categoria *dirty work* proposta por Hughes (1993) ajuda bastante na compreensão dos meandros morais implicados nas atividades de cuidado realizados à sombra do desprestígio social da atividade. Com o conceito de *dirty work*, o autor refere-se a atividades de trabalho tidas como socialmente degradantes, do ponto de vista de suas exigências físicas e morais para quem as realiza. Esse conceito foi elaborado pelo autor com base no estudo conduzido sobre o trabalho que os agentes do regime nazista faziam nos campos de concentração, trabalho esse constituído por atividades consideradas desprezíveis pela sociedade alemã da época, muito embora um número significativo de pessoas as avaliassem como necessárias. Os agentes do nazismo faziam o trabalho sujo para a sociedade e se avaliavam e eram socialmente avaliados como “boa gente fazendo o trabalho sujo” (“*good people doing dirty work*”).

Posteriormente, o conceito foi adotado pelos pesquisadores para compreender a ordem moral dos trabalhos nas diversas sociedades. A partir de trabalhos tidos como prestigiosos pela sociedade em diferentes contextos socioculturais, os pesquisadores analisavam e classificavam os demais, considerando a ausência ou a presença dos aspectos que constroem as atividades socialmente valorizadas. Ashforth e Kreiner (1999) apontaram para os aspectos físicos, sociais e morais do trabalho sujo. Os aspectos físicos

[...] enfatizam o contato com detritos, lixo (lixeiros, coveiros, enfermeiras) e/ou com as situações de perigo (bombeiros, mineiros). A mácula social diz respeito ao contato com grupos estigmatizados, como os profissionais da assistência social, cuidadoras e guardas de presídios ou aqueles que executam suas atividades em condições de subordinação, como as empregadas domésticas. O estigma moral é relativo a trabalhos considerados pecaminosos ou dúbios, como o feito por *strippers*; ou que desafiem as normas de civilidade, como o de interrogadores policiais e investigadores privados (Ashforth e Kreiner, 1999, p. 415; tradução das autoras).

Esses autores se preocuparam com a análise das estratégias adotadas pelos trabalhadores estigmatizados, para lidar e eventualmente driblar a mácula social.

O conceito de trabalho sujo permite interrogar o que está implícito moralmente na prática cotidiana das técnicas do corpo que possibilitam o cuidado de mulheres idosas. Saber como as cuidadoras lidam moralmente com as máculas físicas (o corpo das pessoas idosas, suas feridas, fluxos e dejetos), sociais (cuidar de pessoas idosas com limitações funcionais) e morais (a suspeição generalizada de violência que recai sobre o trabalho que elas fazem).

Observa-se que as atividades de trabalho das cuidadoras constituem socialmente uma mistura de desprestígio e prestígio, muito embora os aspectos considerados sujos possam vir a prevalecer na avaliação social do trabalho de cuidado. Mas as atribuições sociais de prestígio e desprestígio das atividades de trabalho podem mudar com o decorrer do tempo².

A pesquisa mostrou que as cuidadoras percebem a opacidade de seu trabalho em termos de prestígio e desprestígio social da profissão. De um lado, a necessidade crescente de cuidar de pessoas idosas na sociedade, no contexto do processo de envelhecimento da população, pode contribuir para valorizar essa atividade. De outro, o contato cotidiano com o corpo da pessoa doente, a intimidade no atendimento às necessidades do outro, os odores, as feridas, a realidade da doença e da morte tornam a profissão de cuidadora socialmente abjeta (Twigg, 2000). A identidade dessas trabalhadoras é construída nessa opacidade. Na luta contra as atribuições identitárias negativas, as cuidadoras enfatizam mais os aspectos que consideram louváveis de seu trabalho. É comum as cuidadoras refletirem sobre

² Por exemplo, o trabalho de toureiro nos países onde essa atividade é corrente tem adquirido paulatinamente um aspecto de mácula, uma vez que cada vez mais a sociedade rejeita as práticas de crueldade com relação aos animais.

o envelhecimento e a morte como o destino de todos e enfatizam que, em algum momento, todas as pessoas precisarão da assistência de terceiros e apontam que sua profissão diz respeito a aliviar o sofrimento das pessoas idosas, proporcionando-lhes bem-estar.

O cuidado e a figuração “estabelecidos e outsiders”

As cuidadoras conhecem as necessidades das pessoas idosas com limitações funcionais com base em conhecimentos derivados das ciências médicas e de outros saberes, como os adquiridos informalmente no núcleo familiar e os construídos na experiência de trabalho. Contudo deve-se considerar que as características da instituição asilar têm influência na aplicação desses conhecimentos e saberes. Diante de tal contexto, é possível apontar que os modos operatórios do cuidado resultam dos adestramentos informais e formais da cuidadora e dos limites e possibilidades colocados em prática no cuidado das pessoas idosas pela infraestrutura e organização do trabalho na instituição asilar. Nas consideradas Instituições Totais, as necessidades das pessoas idosas são, em comum, homogeneizadas e não se admitem desejos que possam ameaçar a ordem estabelecida, só tendo resposta as necessidades possíveis de atendimento. Isso acaba redefinindo as necessidades das pessoas idosas, bem como as formas de atendê-las.

Isso ainda, porém, não é suficiente para compreender os modos operatórios adotados pela cuidadora no cuidado das pessoas idosas. É necessário incorporar na análise as interações entre as cuidadoras e as pessoas cuidadas. Os modos operatórios específicos resultarão da dinâmica do intercâmbio de sentidos e de afetos entre as cuidadoras e as pessoas cuidadas, em situação social de desigualdade de poderes e hierarquias que, em comum, favorecem à cuidadora (Soria Batista e Araújo, 2011). Segundo Tronto (2007), deve-se considerar também que o cuidado de pessoas idosas envolve deveres e direitos tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. E essa dimensão ética formal do cuidado estabelece regulações que influenciam as atividades de cuidado.

Para a análise microsociológica do trabalho de cuidado há três aspectos fundamentais: interdependência, reciprocidade e desigualdade de poderes e hierarquias. A figuração “estabelecidos e outsiders”, de Elias e Scotson (2000), permite analisar a dinâmica dos cuidados enfocando a produção social de interdependências, reciprocidades e desigualdade de poderes e hierarquias entre a cuidadora e a pessoa cuidada. Muito embora o cuidado

seja um trabalho considerado sujo, historicamente exercido por categorias sociais subalternas, como as mulheres pobres brancas e negras, como já mencionado, a pessoa idosa, independentemente de seu *status* social ou cultural, se encontra em situação de vulnerabilidade e de inferioridade, necessitando dos cuidados da cuidadora. Há o estabelecimento de um vínculo de dependência, baseado em necessidades de diversos tipos. Mesmo que a cuidadora não consiga cuidar efetivamente, isto é, sentir compaixão, ter recursos cognitivos e materiais para aliviar o sofrimento da pessoa idosa, a dependência está presente.

Também é necessário observar as interdependências que caracterizam o trabalho de cuidado, o que demanda interpelar o conceito de reciprocidade, que diz respeito à trama de intercâmbios de sentidos e afetos entre quem cuida e quem é cuidado (Soria Batista e Araújo, 2011). Considera-se que a relação e a comunicação verbal estabelecida entre a cuidadora e a pessoa cuidada desempenha um papel importante nesse jogo de reciprocidades. Resta ainda compreender que outras formas de comunicação estão presentes, sobretudo quando a verbal, por parte da pessoa cuidada, está limitada ou é inexistente, devido às doenças adquiridas. Nesses casos específicos, também é de fundamental importância saber como se estabelece a relação e como acontece a comunicação, ou como a cuidadora procede para saber em que medida seus cuidados têm resultados positivos ou são ineficazes. Interessa observar, nesses casos, os desdobramentos nos cuidados do poder crescente das cuidadoras em face da quase ausência ou ausência de manifestação verbal da pessoa cuidada.

As práticas do cuidado implicam ações recíprocas, embora a reciprocidade possa não ter a mesma intensidade ou se expressar pela mesma forma de comunicação. Isso significa que o uso que a cuidadora faz dos modos operatórios do cuidado é também influenciado e moldado pela pessoa que recebe os cuidados, pelo modo como recebe os cuidados, a aceitação ou resistência aos cuidados oferecidos pela cuidadora, ou sua reação às possíveis negligências cometidas. Muitas vezes, as mulheres idosas rejeitam a alimentação, ou o horário estabelecido para o banho, em geral de manhã, podendo resistir ao toque da cuidadora durante as atividades da higiene, à temperatura da água que consideram inadequada etc. As reações das pessoas cuidadas podem afetar o poder das cuidadoras, fragilizando-o, momentaneamente contribuindo para a transformação das práticas do cuidado.

Em geral, é possível afirmar que, se as pessoas idosas no cotidiano experimentam depender das cuidadoras para a gestão de sua vida íntima, estas também, em alguma medida, vivenciam a relação de dependência com relação às primeiras (Soria Batista e Araújo, 2011). Quem é cuidado precisa da cuidadora para atender às suas necessidades no marco da vulnerabilidade resultante da doença e do confinamento asilar, o que exige gestão da vida íntima. Quem cuida precisa de quem é cuidado para conservar seu emprego e para fazer seu trabalho e realizar-se no trabalho, isto é, para ter reconhecimento e sentir prazer (Dejours, 1999).

Considerações finais

O conceito de “trabalho de cuidado” discutido neste artigo constitui um aporte para os estudos sobre o trabalho de cuidado de pessoas idosas institucionalizadas. É um conceito situacional, à medida que diz respeito especificamente às instituições asilares, e multidimensional, porque considera o trabalho de cuidado nas suas interfaces entre os aspectos cognitivo, afetivo, moral e de poder.

No texto apontamos para a necessidade de analisar as técnicas de cuidado de pessoas idosas com limitações funcionais, isto é, os saberes e conhecimentos informais e formais das mulheres cuidadoras sobre o trabalho de cuidado e sobre as necessidades atribuídas às mulheres idosas com determinados problemas de saúde. Indicamos também ser importante observar as prescrições das instituições asilares sobre o trabalho das cuidadoras e as necessidades das pessoas idosas, sob o pano de fundo da infraestrutura dos estabelecimentos e dos modos de organizar o trabalho que são aí impostos.

Consideramos a compaixão a emoção que possibilita o trabalho de cuidado, levando às cuidadoras a tentar mitigar o sofrimento das pessoas idosas. Observamos que essa emoção depende das condições de trabalho das cuidadoras e da posse, por parte dessas mulheres, de um nível adequado de competências e habilidades relativas às atividades do trabalho de cuidado. A interdição do sentimento empoderado da compaixão nas cuidadoras dá lugar à despersonalização da relação com a pessoa cuidada, à frieza e/ou à indiferença perante seu sofrimento; ou ao estabelecimento de um vínculo afetivo forte com a pessoa idosa que não se consegue ajudar, gerando na cuidadora sentimentos de desespero, medo e angústia.

As cuidadoras de pessoas idosas percebem a opacidade do trabalho que fazem do ponto de vista do prestígio/despresstígio da profissão e consideram seu trabalho um misto de prestígio e desprestígio social. No entanto, as cuidadoras enfrentam um déficit crônico de reconhecimento, uma vez que as atividades de cuidado se tornam socialmente visíveis quando alguma coisa falha, como no momento em que uma pessoa idosa se fere ou morre, e/ou quando há denúncias de atos de violência perpetrados contra as pessoas idosas.

Mostrou-se também a importância vital de observar as interdependências e reciprocidades construídas durante os intercâmbios de sentidos e de afetos entre quem cuida e quem é cuidado, revelando os saberes, os conhecimentos e as afetividades usados pela cuidadora para atender às necessidades e solicitações das pessoas idosas com limitações para se comunicar verbalmente. Indicou-se o maior poder da cuidadora nas interações do trabalho de cuidado e como as reações das pessoas cuidadas podem limitar o exercício desse poder e transformar as práticas do cuidado.

O conceito situacional e multidimensional proposto pretende, pois, fornecer o esclarecimento de uma questão da maior importância, relativa à natureza do *care*, no marco do aumento das limitações psicofísicas que o envelhecimento da população pode acarretar.

Bibliografia

- ASHFORTH, Lake E. & KREINER, Glen E. (1999). "How can you do it? Dirty work and the challenge of constructing a positive identity". *The Academy of Management Review*, v. 24, n. 3, p. 413-34.
- CAMARANO, Ana Amélia (2006). *Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira*. Rio de Janeiro: Ipea (Texto para Discussão n. 1.179).
- CAMARANO, Ana Amélia & KANSO, Solange (2010). "As instituições de longa permanência para idosos no Brasil", *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 27, n. 1, p. 233-35.
- CAMARANO, Ana Amélia et al. (2005). *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Geral de Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- COSTA ROSA, Teresa E. et al. (2003). "Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos", *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48.

- DAMASIO, Antonio (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (2004). *Em busca de Espinosa. Prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- DARWIN, Charles (2000). *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Companhia das Letras.
- DEJOURS, Christopher (1999). *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas.
- ELIAS, Norbert & SCOTSON, John L. (2000). *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- GOETZ, Jennifer. L.; KELTNER, Dacher & SIMON-THOMAS, Emiliana (2010). “Compassion: an evolutionary analysis and empirical review”. *Psychological Bulletin*, v. 136, n. 3, p. 351-74.
- GOFFMAN, Erving (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva.
- GUIMARÃES, Nadia Araújo; HIRATA, S. Helena & SUGITA, Kurumi (2011). “Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil”. *Sociologia & Antropologia*, n. 1, p. 151-80.
- HOCHSCHILD, Arlie R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- _____. (2003). *The commercialization of intimate life: notes from home and work*. Berkeley: The University of California Press.
- HUGHES, Everett C. (1993). “Good people and dirty work”, em HUGHES, E. C. *The sociological eye: selected papers*. 2. ed. New Brunswick: Transaction Publishers.
- IBGE-PNAD. 2011-2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra a Domicílio. Rio de Janeiro: IBGE.
- MAUSS, Marcel (2003). “As técnicas do corpo”, em MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- MOLINIER, Pascale (2012). “Ética e trabalho do *care*”, em GUIMARÃES, N. A. & HIRATA, H. (orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas.
- SORIA BATISTA, Analía & ARAUJO, Anna Bárbara (2011). “Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência”. *Sociedade e Estado*, v. 26, n. 1, p. 175-95.

SORIA BATISTA, Analía et al. (2008). *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas da Previdência Social (Coleção Previdência Social, v. 28).

TRONTO, Joan (2007). “Assistência democrática e democracias assistenciais”. *Sociedade e Estado*, v. 22, n. 2, p. 285-308.

TWIGG, Julia (2000). “Carework as a form of bodywork”. *Ageing and Society*, n. 20, p. 389-411.

Resumo

No Brasil, a maior parte das pesquisas sobre o cuidado de pessoas idosas provém de áreas como geriatria, gerontologia, enfermagem e saúde pública. Este artigo objetiva propor um conceito sociológico para analisar o trabalho de cuidado de mulheres idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). A construção desse conceito resultou da experiência em pesquisa sobre o trabalho de cuidado de pessoas idosas em ILPIs do Distrito Federal e de Goiás. Essa experiência possibilitou a elaboração de um conceito situacional e multidimensional do trabalho de cuidado, considerado uma técnica do corpo recriada por cuidadoras em Instituições Totais e que comporta as dimensões afetiva, cognitiva, moral e de poder.

Palavras-chave: trabalho de cuidado, trabalho sujo, afetividades, técnicas do corpo, Instituições de Longa Permanência.

Abstract

In Brazil, most of the research on care for the elderly comes from areas such as geriatrics, gerontology, nursing and public health. This paper proposes to discuss a sociological concept to study the work of caring for elderly women living in Long Term Care Institutions for the Elderly (LTCIEs). Such concept has been forged out of research experiences in caring for the elderly in LTCIEs located in the Federal District and the state of Goiás. The experience allowed the construction of a situational and multidimensional concept of care, considering a body technique re-created by female caregivers in Total Institutions; it includes affective, cognitive, moral and power-related aspects.

Keywords: caring work, dirty work, affections, body techniques, Long-Term Institutions.

Recebido em 7 de maio de 2015.

Aprovado em 15 de setembro de 2015.