

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Aryadne Castelo Branco Correia Lins

**Consequências do cuidado à pessoa com transtorno mental
na vida das mulheres**

Recife

2021

Aryadne Castelo Branco Correia Lins

Consequências do cuidado à pessoa com transtorno mental na vida das mulheres

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em ciências.

Orientador:

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

Coorientadora:

Prof^a Dr^a Naíde Teodósio Valois Santos

Recife

2021

Catlogação na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L759c Lins, Aryadne Castelo Branco Correia.
Consequências do cuidado à pessoa com transtorno mental na vida das mulheres /Aryadne Castelo Branco Correia Lins. - Recife: [s. n.], 2021.
121 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto; coorientadora: Naíde Teodósio Valois Santos.

1. Cuidadores. 2. Mulheres. 3. Saúde Mental. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Santos, Naíde Teodósio Valois. III. Título.

CDU 614.39

Aryadne Castelo Branco Correia Lins

Consequências do cuidado à pessoa com transtorno mental na vida das mulheres

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em ciências.

Aprovado em: 29 de abril 2021.

Banca Examinadora

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Verônica Maria Ferreira
SOS Corpo/Instituto Feminista para a Democracia

Dedico este trabalho para essas duas mulheres que
destinaram grande parte do seu tempo para minha vida.

Para minha avó Cleide, meu grande amor.

Para minha mãe Waldimere (*In memoriam*) que ousou
questionar o cuidado e foi incompreendida (inclusive por mim).

AGRADECIMENTOS

Durante os dois intensos anos de mestrado o mundo parecia que ia acabar, mas não acabou e tivemos que continuar mesmo com a vitória eleitoral de um presidente contrário à ciência e à tecnologia, e com uma política austera e de exterminação das classes populares. Mesmo com as ameaças cotidianas de cortes de bolsas para aqueles e aquelas que sobrevivem com bolsas de pós-graduação com poucos reajustes ao longo dos anos, tivemos que continuar a escrever. Mesmo com as afirmações frequentes que isso não é trabalho, continuamos escrevendo. Mesmo com a inédita experiência de uma pandemia que nos deixou extremamente temerosos por nós e pelos nossos, continuamos escrevendo e, por fim, mas não menos importante, mesmo com a partida de pessoas queridas de forma forçada ou não, precoce ou não, violenta ou não, continuamos a escrever. É na tarefa de continuar a escrever, mesmo diante de tudo, que temos encontros felizes e pequenas doses de alegrias na máquina pesada da existência. O mundo não acabará tão breve, mas enquanto continuarmos vivendo em um modelo que nos explora e explora a natureza, que produz guerras, que mata nossos povos tradicionais e nossos/as militantes, o mundo permanecerá em colapso. Continuamos escrevendo, sobretudo por compreendermos que a escrita é um processo de reflexão da materialidade e tem como horizonte a práxis transformadora dessa realidade cruel. É esse o fluxo da história.

E na tarefa de continuar mesmo diante de tudo, gostaria de agradecer à minha família pelos esforços históricos para que eu chegasse até aqui. Waldimere, Maria Cleide, Aprigio, Walquiria, Aryane, Gabriela, Verônica, Ricardo, Arlete e Jozadaque.

Agradeço ao meu orientador Pedro Miguel e à coorientadora Naíde Teodósio pelas contribuições realizadas ao longo deste trabalho, às professoras que aceitaram participar da banca de qualificação e da banca de defesa Verônica Ferreira, Tereza Lyra, Rossana Rameh e Islândia Sousa. Agradeço também às professoras e professores desta instituição que contribuíram no cotidiano para esta dissertação e à equipe técnica da Fiocruz, em particular, a Glauco.

Aos amigos e amigas, que com rigor, fizeram uma leitura deste trabalho, do projeto e das minhas mensagens, sobretudo a Crismanda. Agradeço a Diego, Tânia, Paulo, Geiziane e Pedro.

Aos amigos e amigas desta instituição e da vida que mencionados aqui ou não contribuíram para a reafirmação e sustentação de uma pesquisa comprometida com as pessoas.

Agradeço a Raissa, Diego, João, Joelson, Juliana Lucena e Juliana Sobel e todos que construíram a associação de pós-graduandos da Fiocruz.

À minhas amigas/os e companheiras/os de vida. Fabi a minha psicóloga. As/aos amigas/os da residência na rede de atenção psicossocial e Coletivo de Residentes.

Aos artistas da música, literatura, cinema, poesia, teatro, pintura, por apontar um pouco de sentido para a árdua e longa jornada e aos autores e autoras materializados e eternizados nos livros que ora serviram como consolo, ora como instrumento e em vários momentos como os dois.

Agradeço a todas as mulheres que compartilharam um pouco de sua história, do seu tempo e de sua rotina. Sem vocês este trabalho não seria possível.

Agradeço também à equipe do CAPS José Carlos Souto que me recebeu e acolheu durante a pesquisa.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro que possibilitou a dedicação à dissertação.

Não sou nada religiosa, mas diante desse Brasil sincrético, parafraseando Galeano: “E num alto grau é também responsável Santa Rita, a padroeira das causas impossíveis”.

E o mundo não acabou.

“Que bobagem falar que é nas grandes ocasiões que se conhece os amigos! Nas grandes ocasiões é que não faltam amigos. Principalmente neste Brasil de coração mole e escorrendo. E a compaixão, a piedade, a pena se confundem com amizade. Por isso tenho horror das grandes ocasiões. Prefiro as quartas-feiras.”

Mário de Andrade (1927)

RESUMO

LINS, Aryadne Castelo Branco Correia. **Consequências do cuidado à pessoa com transtorno mental na vida das mulheres**. 2021. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

O presente trabalho analisa as consequências do cuidado de pessoas com transtorno mental na vida das mulheres que cuidam. O estudo foi desenvolvido a partir da realização de técnicas qualitativas, sendo estas a pesquisa bibliográfica em livros, teses, dissertações, artigos, entre outros, e a empírica, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas e de registros em diário de campo. Para alcançarmos o nosso objetivo, buscamos entender o cuidado como atividade fundamental para o desenvolvimento da vida humana e o compreendendo enquanto atividade majoritariamente feminina, não remunerada, sem reconhecimento social e inscrita na divisão sexual do trabalho. Abordamos que diante da desresponsabilização do Estado – em sua configuração neoliberal —, as mulheres assumem o trabalho de cuidados, no caso de nossa pesquisa, o trabalho de cuidado de pessoas com transtornos mentais acompanhadas por um Centro de Atenção Psicossocial do Recife. Embora sejam significativos os avanços da Política de Saúde Mental no Brasil, principalmente a partir das lutas construídas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e pela mobilização do Movimento dos (as) Trabalhadores (as), usuárias (os) e familiares de Saúde Mental – cuja expressão fundamental é a luta pela substituição do modelo asilar hospitalocêntrico, algumas contradições são forjadas. Neste sentido, o Estado assume parcialmente essas demandas e acaba por transferir historicamente as responsabilidades para os setores filantrópicos, para o mercado e, sobretudo, para as famílias. No âmbito da família, recai sobre as mulheres o trabalho de cuidado. Na realidade estudada, evidenciamos que as mulheres em sua maioria são idosas, negras, em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica, têm suas vidas profundamente impactadas no exercício do trabalho de cuidados por meio da exaustão física, adoecimento mental, ausência de vida social, dificuldade no exercício do trabalho remunerado, entre outros.

Palavras-chave: cuidado; mulheres; saúde mental.

ABSTRACT

LINS, Aryadne Castelo Branco Correia. **Consequences of Care for People with Mental Disorders in Women's lives**. 2021. Dissertation (Academic Master in Public Health) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

The present study aims to analyse the consequences of the care for mental disorders people in the female caregivers' lives. It was undertaken a qualitative study, comprising bibliographic research in books, thesis, dissertations, journal articles, among others, and empirical research, through semi-structured interviews and field diary records. In order to achieve our goal, we understand the care as a fundamental activity for the development of human life and assume it as a predominantly unpaid female activity, without social recognition and registered in the gender division of labor. Since the State lack of responsibility - in its neoliberal configuration, women assume the care work, in our study research the care work for mental disorders people accompanied by a Psychosocial Care Center in Recife. The advances in Mental Health Policy in Brazil are significant, mainly based on the struggles built by the Psychiatric Reform movement and the mobilization of the Movement of Workers(s). Users and relatives of Mental Health fundamental struggles are to replace the hospital-centred asylum model. Despite that, some contradictions are forged. In this sense, the government partially assumes these demands and ends up historically transferring responsibilities to the philanthropic sectors, to the market and, above all, to their families. Within the family, women assume the care work. In the studied context, we show that women are mostly elderly, black, in a context of socioeconomic vulnerability. The care work profoundly impacts their lives through physical exhaustion, mental illness, absence of social life, difficulty on assuming a paid work, among others.

Keywords: health care. women. mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
MRP	Movimento de Reforma Psiquiátrica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PBF	Programa Bolsa Família
PT	Partido dos Trabalhadores
BM	Banco Mundial
ONU	Organização das Nações Unidas
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Reforma Sanitária
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
3.1	A crítica marxista sobre o Estado e os limites dos direitos no capitalismo.....	24
3.2	Estado, contrarreforma neoliberal e os impactos no cuidado às pessoas com transtornos mentais.....	34
3.3	A particularidade da Reforma Psiquiátrica.....	38
3.4	Apropriação do tempo de trabalho e reprodução social das mulheres através do cuidado.....	45
3.4.1	Considerações feministas materialistas acerca das Relações Sociais de Sexo.....	45
3.4.2	Determinações patriarcais e da divisão sexual do trabalho na vida das mulheres.....	48
3.5	Cuidados e família: aspectos teóricos e conceituais da crítica feminista.....	56
3.5.1.	Para entender a relação entre família e cuidado.....	61
3.5.2	O cuidado de pessoas com transtornos mentais.....	65
4	MÉTODO	71
4.1	Desenho do Estudo.....	72
4.2	Período do Estudo.....	72
4.3	Local do Estudo.....	72
4.4	População do Estudo.....	73
4.5	Coleta de dados.....	74
4.6	Análise dos dados.....	75
4.7	Considerações Éticas.....	75
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
5.1	Características gerais das entrevistadas.....	78
5.2	Trabalho e renda.....	81
5.3	Características do cuidado e suas influências na vida das mulheres.....	84
5.4	Importância do Centro de Atenção Psicossocial no cuidado.....	95
5.4.1	Centros de Atenção Psicossocial e o COVID-19.....	97
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	APÊNDICE A	115

APÊNDICE B – TCLE.....	117
-------------------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Serviço Social trabalhei como bolsista em um grupo de estudos sobre Raça, Gênero, Meio Ambiente e Políticas Públicas, a pesquisa desenvolvida era mais especificamente sobre as condições de vida das mulheres agricultoras na Mata Sul de Pernambuco e, na ocasião, não era um tema que me despertava tanta atratividade, talvez pela minha falta de experiência enquanto pesquisadora. Porém, finalizando a graduação e ingressando na Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde, busquei seguir a perspectiva teórica que havia adotado e mesmo resistente às temáticas sobre mulher, eu não poderia negar a realidade na qual estava inserida.

Na atuação enquanto assistente social residente acompanhei o grupo de família desenvolvido no CAPS uma de suas propostas era a elaboração periódica de oficinas sobre temáticas escolhidas pelas pessoas do grupo. Inserida em uma realidade onde a presença de mulheres era majoritária, a temática escolhida, em uma das oficinas, foi sobrecarga da mulher no cuidado. Durante a realização das oficinas no CAPS, as mulheres pareciam surpresas com algumas informações sobre uso do tempo, mesmo elas sentindo na pele cotidianamente. Nestes espaços, também escutei falas de revolta e de urgência na responsabilização de seus companheiros (para as que tinham).

Frente a essa realidade e as leituras feitas sobre a temática, descobri novas informações e me aproximei de uma rede de mulheres feministas que estudavam temáticas sobre mulheres e de mulheres que vivenciavam a maternidade, o cuidado e a sobrecarga em alguma dimensão, além da aproximação com o movimento da luta antimanicomial em Pernambuco que possibilitou um olhar crítico para a Reforma Psiquiátrica e mais acolhedor para a loucura.

No início de 2018 defendi meu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado “Sobrecarga da mulher no contexto de cuidado da pessoa com transtorno mental”, possuindo como objetivo central identificar os principais impactos do cuidado da pessoa com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras de familiares. A partir deste trabalho também produzimos o artigo: “As mulheres no contexto do cuidado da pessoa com transtorno mental”, submetido e tendo publicação aprovada em 2019 no periódico: Cadernos de Estudos Sociais e Políticos vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Fiz a defesa do TCR em um CAPS da cidade do Recife e, assim que cheguei à sala onde defenderia meu trabalho, me deparei com um cartaz que tinha como intuito homenagear as mulheres no 8 de março – Dia Internacional de Luta das Mulheres e estava escrito: “Quem

cuida de todos também precisa de cuidados: As mulheres são vitais para a sociedade! ”. A exposição desse cartaz, logo na entrada no CAPS, evidenciava a necessidade de problematização do trabalho de cuidados exercido pelas mulheres no âmbito da Política de Saúde Mental. Aquele cartaz representava o quanto as contradições envolvidas no trabalho de cuidados estavam sendo naturalizadas e, portanto, aquilo era uma expressão da importância deste debate ser feito naquele espaço.

O cartaz exposto no CAPS e as oficinas com as mulheres cuidadoras, como expressão do real, evidenciavam a tendência de desresponsabilização do Estado e apropriação do trabalho das mulheres e do tempo de reprodução social destas mulheres por parte do Estado na Política de Saúde Mental. Foi nesse contexto que meu objeto de pesquisa foi definido: a análise das consequências do cuidado de pessoas com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras.

O cuidado é parte fundamental para o desenvolvimento da vida humana, precisaremos de cuidados em alguns momentos das nossas vidas, seja na infância, na velhice ou em situação de adoecimento. De acordo com Fine (2004), o cuidado pode ser considerado como uma condição essencial da existência humana e nem sempre podemos fazer por nós mesmos, precisando, assim, de outras pessoas para executar essa atividade.

Historicamente, o cuidado é visualizado como uma atividade majoritariamente feminina, não remunerada, sem reconhecimento social, inscrita na esfera da reprodução social, marcada pela divisão sexual do trabalho e com alto grau de exploração (AGUIRRE, 2007). A divisão sexual do trabalho, presente na atividade de cuidados, separa os trabalhos de homens e de mulheres, e os hierarquizam, sendo naturalmente femininos aqueles que são subalternizados em relação aos considerados naturalmente masculinos (CISNE, 2012).

Este estudo para pensar as relações desiguais entre homens e mulheres teve como base de desenvolvimento o conceito de relações sociais de sexo. Relação social, de acordo com Kergoat (2010), demonstra um antagonismo entre dois grupos sociais, estabelecida em torno de uma disputa. “são consubstanciais: elas formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica [...] são có extensivas: ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e “raça”, se reproduzem e se coproduzem” (KERGOAT, 2010, p. 94).

No âmbito doméstico as mulheres vêm assumindo, de forma gratuita e invisível, os cuidados de filhos, filhas, cônjuges, mães e outros familiares. Este trabalho relacionado ao cuidado e ao cotidiano demandam tempo e energia, e ao mesmo tempo são cobertos por um

manto de invisibilidade que não permite que sejam considerados dentro do tempo da jornada de trabalho (MARCONDES, 2013).

Compreendemos que as tarefas de manutenção física, atreladas ao trabalho de cuidado, também existem no circuito monetário, podendo ser realizadas em troca de um salário. Tanto no contexto do trabalho remunerado, como na do não remunerado as mulheres as fazem quase que exclusivamente. No entanto, se pensarmos nas horas de trabalho assalariadas e não assalariadas, essas tarefas em sua esmagadora maioria são efetuadas fora do circuito salarial (GUILLAUMIN, 2014).

As práticas sociais das mulheres estruturaram-se em uma imagem maternal e conjugal, onde o trabalho feminino teve sua vinculação direta à esfera doméstica, familiar e à produção dos cuidados. Essas funções, na ordem patriarcal, são denominadas como inferiores na construção da sociedade e, desta forma, invisibilizadas enquanto atividades de relevância econômica (FERREIRA, 2017). Este papel se tornou “sexualizado”, onde as mulheres apresentam uma habilidade dita natural, motivada pelo afeto e pelo amor, e não podem ser elevados à categoria de trabalho ou de atividade fundamental à economia, sendo compreendida como algo quase “instintivo”/natural (CARLOTO; GOMES, 201).

Nos últimos anos, o problema dos cuidados tem alcançado a discussão pública, passando a ser compreendido para além da responsabilidade das famílias, das mulheres neste caso, mas do cuidado enquanto direito social da pessoa que dele necessita (GROISMAN, 2017). É importante considerarmos que existem poucas políticas públicas direcionadas aos cuidados, sendo uma grande maioria direcionada as creches (HIRATA, 2010). Possuindo desta forma maior escassez em estudos e políticas quando os cuidados são para idosos, pessoas com algum tipo de deficiência, doentes e pessoas com transtornos mentais.

Outro aspecto que cabe considerar na construção de nosso objeto de estudo é o que veio a ser construído como política de saúde mental no Brasil. Sobre isso, é importante dizer que foi na efervescência do movimento político-social pela redemocratização, sendo contemporâneo ao movimento de Reforma Sanitária na luta por mudanças no modelo de saúde, que surge o movimento de Reforma Psiquiátrica, no ano de 1970, composto por trabalhadoras(es), usuárias(os), gestoras(es), pesquisadoras(es) e familiares da saúde mental, fundamentado na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995). No Brasil, por muito tempo, foi adotado um modelo asilar que representava violações de direitos, violências psíquica e física, inclusive com casos de óbitos e de trabalho escravo nos hospitais psiquiátricos (ibid.). Uma força para esta mudança é o

Movimento Antimanicomial que, questionava as diversas violências, erroneamente denominadas de cuidado, às quais eram submetidas as pessoas com transtornos mentais. As mobilizações por melhores condições de tratamento e direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, agregados ao momento de luta contra ditadura que as reivindicações vão resultando em um projeto de cuidado com novas práticas na área, e novas diretrizes para as políticas públicas brasileiras (AMARANTE; NUNES, 2018), esse processo vai se fortalecer sobretudo a partir da Constituição Federal de 1988, em uma conjuntura de grandes mobilizações de diversos setores das sociedades organizadas.

De acordo com Behring e Boschetti (2011), foi apenas com a instituição da Constituição Federal de 1988 que o Brasil passa a ter como direcionamento a construção de um padrão público universal de proteção social, por meio da seguridade social, tornando direito do povo e dever do Estado a garantia da saúde, previdência e assistência social. No âmbito nacional visualizamos alguns avanços, no entanto, concomitantemente aos avanços, no contexto internacional diretrizes são estabelecidas através do Consenso de Washington, realizado no ano de 1989 com ampla participação de agências multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional e nesta reunião foi delimitada uma reorganização para os países, sobretudo os latino-americanos.

As mudanças operadas no Consenso de Washington são descritas por Carcanholo (2010) em três componentes: o primeiro, a estabilização macroeconômica, a segunda por meio das reformas estruturais de abertura comercial, desregulamentação dos mercados, privatizações de estatais e de serviços públicos e, por fim, a retomada dos investimentos e crescimento econômico associado à distribuição de renda para os países periféricos. As medidas, pautadas no projeto neoliberal, atacam os direitos sociais recém inseridos, em 1988, na Constituição Federal.

Compreendemos que a atenção às pessoas com transtornos mentais é uma ação de garantia à saúde, definida através da Constituição como direito de seguridade social e ancorados nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. No entanto, ao longo da década de 1990 o Estado brasileiro não aprovou nenhuma legislação nacional específica que tratasse sobre garantias de direitos das pessoas com transtornos mentais.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, submeteu ao Congresso Nacional um projeto de lei que tinha como proposta a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e o progressivo fechamento de manicômios. Contudo, apenas anos depois, em abril de 2001, é promulgada, com alterações, a lei número 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica.

A lei da Reforma Psiquiátrica, de forma sintética, assegura o direito da pessoa com transtorno mental sem distinção advinda de qualquer fator como raça, cor, sexo, orientação sexual, idade, recursos econômicos, gravidade ou evolução do seu transtorno, de acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, com respeito e humanidade, visando sua inserção na comunidade, na família e no trabalho, a proteção contra abusos e exploração, o livre acesso aos meios de comunicação e do tratamento ser realizado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

O Estado passa a assumir o compromisso do desenvolvimento da política de saúde mental com a devida participação da sociedade e da família, composta por uma rede de saúde de base comunitária, preferencialmente. No entanto, os serviços de saúde são sucateados, fragmentados, com reduzido número de profissionais, equipamentos e recursos financeiros (ROSA, 2011). Esse modelo de Estado assume parcialmente essas demandas e acaba por transferir historicamente as responsabilidades para os setores filantrópicos, para o mercado e, sobretudo, para as famílias. Existe um risco que as mudanças e orientações neoliberais reorientem os programas de desinstitucionalização em Saúde Mental, tendo como máxima o Estado mínimo para a proteção social (ibid.).

Vivenciamos uma conjuntura de desmonte e supressão das políticas sociais, intensificação das políticas de austeridade que estão sendo aprofundados¹ pelo projeto iniciado com o Golpe de Estado em 2016, e é descrita por Michael Löwy (2016) como um golpe de Estado pseudolegal, “constitucional”, “institucional”, parlamentar. Podemos apontar como medidas instituídas pós Golpe de Estado o congelamento dos gastos públicos por 20 anos em saúde, educação, segurança pública, etc. através da Emenda Constitucional nº 95, mudanças no custeio da Atenção Primária à Saúde, revogação dos serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e extinção de financiamento público para novas equipes, entre outras medidas.

Essa parca tradição em direitos sociais faz com que, em primeiro plano, a responsabilidade recaia sob os grupos familiares que vêm assumindo historicamente parte significativa das funções reprodutivas. Esse problema tem sido intensificado no contexto de crise econômica e social trazendo consequências onerosas às famílias, que receosas com as consequências das políticas de desinstitucionalização, acabam por resistirem às propostas reformistas e são aliciadas pelos seus opositores. As famílias, em sua maioria pobres,

¹ Segundo Löwy (2016) As coalisões social-liberais, não rompem com os fundamentos do “Consenso de Washington”, mas desenvolvem medidas sociais progressistas. O princípio básico dos governos deste modo é o desenvolvimento possível para a melhoria das condições de vida da população pobre, no entanto sem modificar os privilégios dos ricos. Governos similares no Brasil, Uruguai e Chile.

despreparadas para fornecer cuidado domiciliar e sem apoio e suporte social, lutam isoladas ou coletivamente para que os compromissos com o cuidado sejam divididos com o Estado (ROSA, 2011).

Um emblemático caso desses opositores são as comunidades terapêuticas que vêm se expandindo no Brasil diante da ausência histórica do Estado, são instituições contrárias aos princípios da Reforma Psiquiátrica e têm protagonizado práticas baseadas no modelo manicomial, isolando pessoas do convívio social e realizando violações sistemáticas de direitos, no entanto se configuram como um recurso possível, para as famílias, no desafio do compartilhamento dos cuidados. Um agravante dessa situação é o incentivo financeiro de custeio para as comunidades terapêuticas, instituída pelo Estado, através da portaria nº 131 de janeiro de 2012, e a portaria Interministerial nº 2, de dezembro de 2017, para Financiamento e regulamentação das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018), estas possuem um caráter asilar de restrição do convívio social e de acesso aos meios de comunicação, e empregam artifícios vinculados a moral religiosa, sobretudo ligadas as vertentes evangélicas desrespeitando às demais religiões, como forma de cuidado, em um país constitucionalmente laico, a “laborterapia” como possível forma de tratamento para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, entre outros. Os documentos da inspeção demonstram que é prioritariamente, a partir de recursos destinados às políticas sobre drogas, que as comunidades terapêuticas vêm acessando recursos federais, esses investimentos públicos deveriam estar sendo direcionados para o fortalecimento dos serviços públicos substitutivos, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

As pesquisas sobre cuidado não remunerado no contexto familiar necessitam de uma análise que considere a historicidade das relações sociais, para que possamos compreender que a família é um fenômeno social em um contexto histórico, social e cultural, permeada pela divisão sexual do trabalho (NOGUEIRA, 2004), que gera uma desigual participação de seus componentes no trabalho doméstico.

Groisman (2017) discorre que o tradicional modelo familista de políticas assistenciais baseia-se na família como naturalmente provida de condições para suprir as demandas de cuidado das crianças, idosos e pessoas dependentes, apontando que os modelos de proteção social e cuidado devem ser repensados sem retirar a família de seu papel de protagonismo, mas garantindo que as responsabilidades pelo cuidado possam ser melhor compartilhadas entre a família, a comunidade e o Estado.

Neste sentido, faz-se importante compreendermos que a desinstitucionalização não pode representar "o envio para fora do hospital", denominada de desospitalização, com desamparo das pessoas em tratamento e de seus familiares, também não pode ser confundida com desassistência. A desinstitucionalização, segundo Amarante (1996), é a desconstrução de saberes, práticas de segregação e estigma, e não de retirada de direitos da pessoa com transtorno mental.

A defesa de uma Reforma Psiquiátrica baseada na desinstitucionalização tem sido permeada por grandes desafios, sobretudo pelos fortes ataques à política de saúde mental. Em 21 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprova a Portaria nº 3.588, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que representa grande retrocesso à consolidação da Reforma Psiquiátrica. Este documento entre suas diretrizes fortalece os hospitais psiquiátricos como ordenadores do cuidado e destina alto financiamento público para comunidades terapêuticas.

Dando continuidade ao processo de deslegitimação da Reforma Psiquiátrica e desmonte da RAPS, no ano de 2019 é lançada a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, sendo denominada de "Nova Política de Saúde Mental", no entanto a proposta nada tem de novo e reatualiza antigas práticas manicomiais².

A "Nova Política de Saúde Mental" não menciona a importância da comunidade e do território, e enfatiza entre as práticas de saúde a eletroconvulsoterapia que, de acordo com Caldas e Silva (2008), atende a um modelo de continuidade de assistência fundamentado em uma postura manicomial, sendo a prática incompatível com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Tal técnica possui pouco consenso sobre seu uso, riscos e benefícios, além de ser historicamente utilizada como forma de coerção, violência e punição.

Posteriormente, a Nota Técnica foi suspensa, contudo se faz importante apontar as contradições com a Reforma Psiquiátrica e o avanço das contrarreformas na saúde mental. No

² A nota técnica foi amplamente repudiada por inúmeras instituições, conselhos profissionais, entidades, coletivos, associações, movimentos sociais, sobretudo os vinculados à Luta Antimanicomial e à Saúde Coletiva. Entre as notas destacamos o documento da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) que afirma a não legitimação dos retrocessos na Reforma Psiquiátrica, com mudança da política sem discussão entre os mais diversos segmentos que constroem e sustentam a saúde mental no país. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) afirma que o desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pressupõe ser substitutiva aos dispositivos que historicamente foram utilizados para esconder a miséria, a pobreza e o descaso do poder público, para proteção de uma forma de ciência corporativa e mercantil. Pondera que o arsenal que compõem a nota técnica segue uma lógica de evidências biomédicas que negam um conjunto de conhecimentos de profissionais que atuam na área e conclui que a desinstitucionalização é um processo árduo e que exige destruições de clausuras, dos desejos de manicômio e de lucro com o sofrimento. Desinstitucionalizar é reintegrar pessoas que, por uma violência histórica, passaram a morar nos manicômios, mas que também consiste em impedir reinternações repetidas e acabar com espaços que estimulem e favoreçam a institucionalização e segregação social.

dia 11 de abril de 2019 é promulgada a nova política de álcool e outras drogas, através do Decreto nº 9.761, que possui como princípio a abstinência, desconsiderando a redução de danos enquanto possibilidade de tratamento, incentivando as comunidades terapêuticas, entre outras mudanças significativas.

É importante considerar também, nesta conjuntura de fortes ataques à Reforma Psiquiátrica, que nosso trabalho defende o cuidado em saúde mental por meio de uma rede de serviços públicos substitutivos, conforme a RAPS preconizada na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos e à autonomia e liberdade das pessoas.

Defendemos a expansão dos serviços da RAPS, com a ampliação de serviços de base territorial, e uma rede de atenção com qualidade, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Não consideramos como possibilidade de cuidado a privação de liberdade ou a violação de qualquer direito fundamental, assim como tratamentos pautados na obrigatoriedade da religião e na “laborterapia”.

Compreendemos o processo de sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que resulta em uma transferência de suas responsabilidades para famílias e setores privados e filantrópicos. Consideramos os limites e contradições da implementação dos serviços de saúde mental, mas sobretudo consideramos a importância do fortalecimento da RAPS como forma de garantia de cuidado.

É inegável a necessidade de se repensar, reorganizar e reestruturar o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, objetivando que os serviços assegurem os direitos humanos, civis e políticos, mas compreendendo a necessidade da garantia dos direitos sociais, sobretudo o direito a ser tratado e o direito da socialização dos custos do cuidado com toda a sociedade (ROSA, 2011).

É preciso, ao mesmo tempo, que as mulheres cuidadoras não sejam responsabilizadas por um conjunto de atividades que, de acordo com Hirata (2010), demandam uma série de trabalhos repetitivos como passar roupa, limpar a casa e cozinhar. Entendemos que esses trabalhos fazem parte da prática do cuidado, este que é multifacetado, exaustivo e apropriado pelo Estado, pelos próprios serviços de saúde e pelos homens, no âmbito familiar, decorrente da divisão sexual do trabalho, que destinam menor tempo, em geral, para essas atividades. “As mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelos cuidados com a casa, com as crianças, com os idosos e com os doentes. Dedicam uma média de 25 horas por semana ao

trabalho doméstico, enquanto os homens permanecem despendendo 10 horas semanais” (COSTA, 2014, p.9).

As determinações que levam as mulheres a serem responsabilizadas pelo trabalho de cuidados, assim como as tensões e mediações que o permeiam, é o que se pretende investigar nesta pesquisa. Neste sentido, pretendemos analisar em nosso estudo quais as consequências do cuidado de pessoa com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras, em um contexto de subfinanciamento, sucateamento, enfraquecimento e contrarreforma com mudanças de direcionamento da política de saúde mental, que desconsidera os serviços da RAPS.

Para isso, organizamos nosso trabalho em algumas partes fundamentais. Como central, expusemos a fundamentação teórica do estudo subdividindo-a no debate sobre o Estado e os limites dos direitos no capitalismo; na apreensão das determinações da divisão sexual do trabalho na vida das mulheres e, por fim, enfatizamos os aspectos teóricos e conceituais da relação entre os cuidados e a família. Neste último ponto, também buscamos particularizar o cuidado de pessoas com transtornos mentais.

Em seguida, realizamos uma discussão acerca do método de pesquisa que utilizamos para analisar a realidade estudada – o método materialista dialético – e apresentamos os elementos de ordem metodológica do trabalho, a pesquisa bibliográfica e empírica; espaço temporal; caracterização do local de estudo; além da sistematização da forma como foram coletados os dados. Também escrevemos acerca das considerações éticas envolvidas na pesquisa. Por fim, os dados coletados e as análises feitas foram apresentadas na seção de resultados e discussões, cuja síntese final apresentamos nas considerações finais.

A pesquisa pretendeu contribuir para a compreensão das consequências do cuidado na vida das mulheres, este que, muitas vezes, se faz “invisível” nos serviços de saúde, na família e no Estado, para que sejam pensadas e formuladas novas políticas públicas que objetivem a minimização dessas consequências na sua vida cotidiana. Ao nosso ver, o usuário (a) doente interfere na vida dessas mulheres, seja na relação com o usuário, seja na relação consigo mesma, com o trabalho e com a vida social. Pretendemos colaborar com as equipes de profissionais dos serviços de saúde sobre a realidade vivenciada por mulheres na prática do cuidado, dando maior visibilidade ao seu trabalho não remunerado, buscando contribuir também com a reflexão das mulheres sobre as atividades que estas realizam cotidianamente, muitas vezes sem nem perceberem, além da contribuição para os estudos na área da saúde coletiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as consequências sociais do trabalho de cuidado na vida das mulheres cuidadoras de familiares com transtorno mental.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Evidenciar o papel do Estado no cuidado às pessoas com transtornos mentais;
- b) Caracterizar o cuidado provido pelas mulheres no âmbito das famílias às pessoas com transtornos mentais;
- c) Compreender as influências do cuidado de pessoas com transtorno mentais na vida das mulheres.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No que concerne ao processo de investigação, foi desenvolvido como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica (em artigos, livros, teses, dissertações). Teremos como base teórica para discutirmos as consequências do cuidado da pessoa com transtorno mental na vida das mulheres algumas categorias centrais. Neste sentido, a pesquisa foi direcionada às elaborações sobre as temáticas: Estado, patriarcado, relações sociais de sexo, divisão sexual do trabalho, família e cuidado.

3.1 A crítica marxista sobre o Estado e os limites dos direitos no capitalismo

São muitos os estudos que tratam sobre a categoria Estado, desde os mais clássicos, que negam seu protagonismo, aos que tem como base a teoria marxista e, a partir dessa linha interpretativa, problematizam as suas contradições. É importante pontuar que não temos como objetivo discorrer sobre as inúmeras concepções de Estado e sobre a complexidade e diferenças das teorias criadas na história. Aqui, consideramos que as elaborações acerca de tal categoria, sua estrutura e as configurações assumidas são de grande contribuição para nosso estudo.

Originalmente as concepções de Estado no pensamento moderno surgem das teorias contratualistas do “direito natural” ou jusnaturalismo, estas que foram desenvolvidas no processo de transição para o capitalismo e vão dar origem posteriormente a concepção liberal de Estado. O Jusnaturalismo se refere ao desenvolvimento da ideia do direito natural, dos séculos XVII e XVIII, essas teorias moldam as doutrinas políticas de tendência individualista e liberal, considerando que o Estado deve respeitar e legitimar os direitos inatos dos indivíduos, reduzindo o exercício do poder estatal a uma função derivada dos direitos individuais (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2010).

Tal perspectiva possui um papel fundamental nas teorias sobre Estado, pois foi apenas a partir dela que houve um rompimento entre as concepções de caráter religioso ou mágicas sobre o homem e a organização política. Apesar da importância de tal percepção, o presente trabalho a entende como insuficiente, uma vez que se baseia na concepção marxista de Estado³, o que será melhor desenvolvido a seguir.

³ Compreendemos que não há uma concepção homogênea na teoria do Estado para os marxistas, são diversas as elaborações. Podemos exemplificar essas diferenças nas produções de Gramsci (1971), Lenin (1918), Bambirra (1978), Mazzeo (2015), entre outros.

Para Adam Smith, economista e filósofo considerado o principal teórico do liberalismo, o Estado absoluto não suportava as liberdades que a produção de mercadoria e de dinheiro, e valorização do capital precisaria, tendo o liberalismo uma relação ambígua com o Estado, ora o requisitando, ora repelindo sua presença (BEHRING, 2018).

Basicamente a tese liberal defendia que cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, dentro de um coletivo de indivíduos, possibilitaria a maximização do bem-estar coletivo. Deste modo, o livre mercado seria o responsável por este bem-estar, sendo o mercado o grande responsável pela regulação das relações econômicas e sociais, com a sua mão invisível (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

Como característica do liberalismo podemos destacar alguns aspectos: a) os direitos individuais se sobrepõem, o indivíduo é mais importante que a coletividade; b) o bem-estar individual gera um bem-estar coletivo, desta forma o Estado não deve garantir serviços públicos para todos; c) valorizam a liberdade e a competitividade, e não visualizam estas como algo que não assegura a igualdade; d) a miséria para os liberais é algo insolúvel e natural; e) As necessidades humanas não devem ser totalmente satisfeitas para servir de instrumento de controle populacional; f) o papel do Estado é mínimo, desenvolvendo apenas ações complementares ao mercado; g) as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício, pois desestimulam o interesse no trabalho e geram acomodação; h) por fim, a política social deve funcionar como um paliativo para suprir as necessidades daqueles que não conseguem competir no mercado de trabalho como crianças, idosos e deficientes (ibid.).

Na crítica da concepção liberal, a perspectiva marxista de interpretação do Estado o analisa como um processo social e histórico, ocupando papel de centralidade na dinâmica da totalidade concreta, o compreendendo enquanto comitê executivo da burguesia. No entanto, este processo não ocorre sem desencadear inúmeras contradições (BEHRING, 2018).

Quando o Estado começa a se dividir em dois campos, o primeiro daqueles que vendem a sua força de trabalho e o segundo dos que possuem os meios de produção, segundo Marx e Engels (2011), a Burguesia foi aglomerando a população, centralizou a produção e concentrou a propriedade dos meios de produção nas mãos de poucos.

Na mesma proporção em que se desenvolve a burguesia, ou seja, o capital desenvolve-se também o proletariado [...] que vivem apenas na medida em que encontram trabalho e só encontram trabalho na medida em que seu trabalho aumente o capital (MARX; ENGELS, 2011, p.48).

Dentro da formação burguesa visualizamos a instituição da propriedade privada e a construção de um Estado com poder jurídico e uso da força (BEHRING, 2018). O Estado,

neste sentido, funciona como um mecanismo de dominação de classe que possui como objetivo a apropriação privada do excedente da produção, dominação da produção e distribuição (ibid.).

Na perspectiva marxista, o Estado seria a expressão da dominação de uma classe, mas também representa um momento de igualdade formal em um equilíbrio jurídico e político entre elas, denominado de mediação, mesmo que provisório, contraditório e transitório (GRUPPI, 1987).

O Estado moderno configura-se parte da burguesia, sendo desenvolvido e ordenado por ela. Portanto, o Estado é inserido e produzido no capitalismo, resultante de luta de classes, não sendo de forma evidente desprovido de vinculação socioeconômica e política. O Estado representa uma correlação de forças sociais, funcionando como instrumento fundamental da ordem burguesa, da propriedade privada e da liberdade, mas a partir das organizações e mobilizações também pode ser um espaço para desenvolvimento de garantias e direitos sociais (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

Cabe também pontuar que o capitalismo ao longo da história mundial tem se apresentado em fases de desenvolvimento diferenciadas. Inicialmente, no capitalismo concorrencial o Estado era um intermediador dos interesses da burguesia e fazia uso de sua força para o cumprimento desses interesses ao conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras, controlando também as primeiras expressões da questão social (BEHRING, 2018). A intervenção estatal estava focada nas sequelas da exploração da força de trabalho, respondendo às lutas dos explorados e a necessidade de preservar o conjunto de relações pertinentes à propriedade privada burguesa (NETTO, 2011).

Já no capitalismo monopolista, observamos uma maior concentração de capital, a propriedade dos meios de produção estava nas mãos de poucos capitalistas. No final do século XIX seria o capitalismo maduro pós Segunda Guerra Mundial, em um cenário de mudanças ocorridas com a classe trabalhadora e que demandam do Estado novas atribuições (BEHRING, 2018). Assim, “o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração alienação e transitoriedade histórica” (NETTO, 2011, p.19). As principais características do capitalismo monopolista são os preços das mercadorias e sua tendência de crescimento progressivo; as taxas de lucro tendem a ser mais altas nos setores monopolizados; a taxa de acumulação sofre uma elevação; os investimentos ficam concentrados nos setores de maior concorrência; tendência da economia de trabalho vivo através de novas tecnologias; aumento dos custos de venda (NETTO, 2011).

Nesse sentido, o Estado já não é convocado apenas para assegurar a reprodução e manutenção da força de trabalho, mas também a executar funções, sobretudo por meio dos sistemas de previdência e segurança social (NETTO, 2011). Teria o Estado, além das funções de coerção e legitimação, também a necessidade de formular consensos através da garantia das condições gerais de produção (BEHRING, 2018). Neste sentido, o papel do Estado na formulação de consensos é um aspecto importante para nosso estudo, pois é a partir deste que vamos observar a maior presença de direitos sociais.

A contribuição de Antônio Gramsci sobre o Estado e sua relação com os aparelhos privados de hegemonia, como parte constitutiva dos mecanismos de dominação de classe, são extremamente relevantes para compreender o Estado capitalista contemporâneo, pautado nas relações entre sociedade política e civil, permeada por coerção, consenso e lutas de classes (BEHRING, 2018; SIMIONATTO, 2011).

Gramsci, de fato, havia percebido que a perpetuação da classe burguesa no poder, mais que por violência ou coerção, ocorria pela capacidade de ser “orgânica” aos centros vitais de um país, conseguindo, pelo consenso, obter o apoio e a legitimação das massas. Em sua inovadora abordagem do Estado burguês, composto pela sociedade política e pela sociedade civil, indica como as duas esferas encontram sua síntese na “supremacia”, que se manifesta “como domínio” e como “direção intelectual e moral” (SIMIONATTO; COSTA, 2014, p. 69).

O consenso e a coerção fazem parte do poder dominante de uma classe. O movimento do Estado enquanto mais coercitivo ou mais consensual depende, sobretudo, da autonomia das esferas superestruturais, se uma é predominante sobre a outra, além do grau de socialização política que ocorre na sociedade e da correlação de forças entre as classes na disputa de hegemonia (SIMIONATTO; COSTA, 2014). Entre as formas utilizadas pela burguesia em busca da construção do consenso junto aos grupos subalternos estão: as tentativas de desmobilização, desorganização dos grupos que pautam os interesses da classe subalterna e uma reorganização baseada nos interesses burgueses (ibid.).

Se o Estado na sua fase de livre concorrência funcionava como um guardião dos negócios da burguesia, com o objetivo de assegurar condições externas da produção, posteriormente se formula uma nova modalidade de intervenção estatal (BEHRING, 2018). O Estado teria agora outras funções, como garantidor dos setores básicos não rentáveis, sobretudo os que fornecem aos monopólios matérias-primas e energia a baixo custo; suporte para as dificuldades empresariais por meio da socialização das perdas e entrega dos patrimônios construídos com fundos públicos; contribuição indireta na garantia de infraestrutura e transportes; preparação da força de trabalho; e gastos com investigação e

pesquisa (NETTO, 2011). Sabemos que o Estado, neste sentido, tem como principal funcionalidade garantir as condições necessárias para a acumulação e valorização do capital monopolista, sendo um verdadeiro comitê executivo dos negócios da burguesia.

O capitalismo monopolista, em sua forma de desenvolvimento e com suas contradições, cria condições para que o Estado busque uma legitimação política sustentada por um jogo democrático⁴, sendo suscetíveis às demandas da classe trabalhadora. Esse processo é tensionado não só por exigências do modelo capitalista, mas também nos conflitos em toda escala societária. São nessas condições que as refrações da questão social se tornam objeto da intervenção do Estado de forma contínua e sistemática (ibid.).

Apesar da construção do Estado, como já exposto, ser anterior ao capitalismo, é neste sistema que assume, por meio da coerção e do consenso, a função de manter a ordem social, sendo mínimo para os trabalhadores e trabalhadoras e máximo para a acumulação do capital e seus interesses. “O capitalismo monopolista recoloca em patamar mais alto o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica” (NETTO, 2011, p. 20-21).

O Estado burguês no capitalismo monopolista desenvolve políticas sociais públicas para enfrentamento das expressões da questão social — não a compreendendo enquanto produto da inconciliável relação entre capital e trabalho, o que faz com que acabe por omitir sua essência de classe (NETTO, 2011). Não podemos desconsiderar que as políticas sociais decorrem em seus fundamentos da organização da classe trabalhadora, pois isso nos faria cometer um erro frente aos grandes esforços de sua luta por direitos. No entanto “Está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade de demandantes/ Estado burguês no capitalismo monopolista” (NETTO, 2011, p. 33). São resultantes de relações complexas de um jogo onde protagonistas e demandas estão atravessadas por “contradições, confrontos e conflitos” de acordo com o autor.

Destarte, no que diz respeito às funções do Estado, existe uma expansão da sua base de sustentação, por meio da garantia de direitos sociais, permitindo deste modo que o Estado formule consensos para assegurar o seu desenvolvimento. Porém, no que diz respeito à expansão das políticas sociais, ocorre uma dupla relação: a primeira é a de reprodução da

⁴ Na década de 1970, com o declínio do Welfare State e o fim do socialismo no Leste Europeu, vivenciamos no mundo mudanças em relação a um ajuste na agenda econômica e política de forma que deixasse evidente o limite da democracia no capitalismo. A existência da democracia estaria compatível com intervenções políticas democráticas mínimas, restritas e que fossem úteis ao crescimento e valorização do capitalismo (DEMIER; DURIGUETO, 2017).

força de trabalho, e a segunda é a sua utilização como um elemento de manutenção das taxas de lucro (BEHRING, 2018).

É no período de transição entre o capitalismo concorrencial e monopolista, que o Estado social se ergue, tendo uma máxima entre a articulação da acumulação capitalista, da democracia e igualdade de direitos, contrariando as teses liberais e tendo como condução hegemônica a socialdemocracia, levando a um capitalismo monopolista de Estado (ibid.).

O Estado social busca designar a regulação das relações econômico-sociais capitalistas por meio das políticas sociais, o que não modifica sua natureza essencialmente capitalista. Esse Estado seria a expressão de uma relação contraditória entre: as lutas da classe que vive do trabalho por direitos, as defesas sociais-democratas, as necessidades de regulação estatal com o intuito de assegurar a acumulação capitalista e a reprodução da força de trabalho (BOSCHETTI, 2018).

Mesmo considerando o importante papel da legislação social na garantia de direitos e como resultado da luta da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho, é importante ressaltar a dimensão da expansão dos direitos sociais contendo um teor de funcionalidade política e econômica para o capital (ibid.).

As respostas burguesas, muitas delas orquestradas pelo Estado, nas mais variadas formas que este possuiu na sociedade capitalista madura, com mais autonomia ou menos, buscou sempre administrar o conflito de classes e a reprodução da força de trabalho e suas condições de oferta. Isso, desde a Lei dos pobres com a forte repressão policial no ano de 1834, até um novo momento no final do século XIX em que a classe trabalhadora se encontrava mais fortalecida e organizada, e no período de capital monopolista quando há o surgimento do Estado social e suas várias possibilidades (BEHRING, 2018).

As melhorias tímidas em resposta à questão social protagonizada pelo Estado liberal não tinha intuito de romper com a gênese da questão social, incorporando apenas algumas demandas da classe trabalhadora. Não houve uma ruptura radical entre o Estado liberal do século XIX e o Estado social capitalista do século XX, houve uma mudança no abrandamento dos princípios liberais e o Estado assume um caráter mais social, com investimentos nas políticas sociais. No entanto, o ponto de convergência entre as concepções é o reconhecimento de alguns direitos sem questionar os fundamentos do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Estado social tem início com o processo de desenvolvimento e surgimento do capitalismo monopolista e é a partir das elaborações de Bismark⁵ que vai sendo consolidado no período pós-segunda Guerra Mundial, tendo como principais ideias o pleno emprego keynesiano-fordista, as formulações do relatório de Beveridge⁶ e o Welfare State⁷. Esse Estado vai se consolidando de diferentes formas a depender do contexto de implantação. Em alguns países, como é o caso do Brasil, não podemos considerar a existência do Estado de Bem-Estar Social, uma vez que nas economias capitalistas periféricas dependentes, esse modelo de Estado nunca se realizou (FERREIRA, 2018).

Na América Latina vivenciamos um aprofundamento da submissão aos países capitalistas internacionais. O Brasil, país periférico, dependente, com heranças coloniais e escravistas, não seguiu o tempo dos países de capitalismo central, não houve uma radicalização dos movimentos operários e a questão social só se tornou um problema político no início do século XX, não experimentando o Estado social vivenciado na Europa (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Em síntese, o Estado Social, que é determinado pela sociabilidade capitalista, é composto por relações contraditórias. Ao passo em que tem uma funcionalidade direta para garantia e manutenção do poder da classe dominante, também necessita garantir consenso e, por isso, possibilita à classe trabalhadora acesso a bens e serviços como educação, saúde, transporte, aposentadorias, entre outros direitos por nós conhecidos. Devemos compreender que a política social é um processo histórico na sociedade burguesa, é um produto da luta de classes e desta forma é marcada por contradições, se articulando a acumulação capitalista como processo de gestão dos trabalhadores e trabalhadoras, e também da reprodução ampliada do capital, além de responder às necessidades da força de trabalho onde ocorre através da luta da classe trabalhadora, sustentada pelo fundo público (BEHRING, 2018).

Existe uma relação direta entre políticas sociais e emancipação, especialmente na relação com à emancipação política. Os direitos e as políticas sociais que os materializam

⁵ O modelo Bismarckiano é identificado como um sistema de seguros sociais, semelhantes a lógica do seguro privado, cobrindo principalmente os trabalhadores contribuintes e familiares. A contribuição é o definidor do acesso. As políticas sociais dentro da lógica de seguro são baseadas no modelo Bismarckiano, que foram iniciadas na Alemanha do século XIX (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

⁶ O plano Beveridge tinha como princípios estruturadores a responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, universalidade dos serviços sociais e implantação de uma rede de segurança de serviços de assistência social (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

⁷ “O termo welfare state, uma das expressões mais utilizadas a partir de meados do século XX, para designar o “conjunto” de políticas sociais que se erigiram com base no modelo fordista-keynesiano” (BOSCHETTI, 2003, p. 62).

estão na dimensão da cidadania burguesa, da igualdade formal pela lei, estando no plano máximo de emancipação no mundo capitalista (BEHRING, 2018).

Neste sentido, elaboraremos nossa reflexão a partir dos escritos de Karl Marx sobre a questão judaica, onde o autor evidencia a relação entre sociedade civil, a compreendendo enquanto o conjunto das relações sociais, sendo a base da vida social, e sociedade política, representada pelo Estado, visualizando sua separação pelo pensamento liberal. Nesta obra, e trataremos dela por esse motivo, encontramos a formulação marxiana que nos leva a entender os direitos enquanto contradição nesse modo de produção (MARX, 2010).

A sociedade política é expressão da sociedade civil e das relações de produção desenvolvidas nela. De acordo com os escritos de Marx, o conjunto das relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a compreendendo enquanto a base real onde se consolida a superestrutura jurídica e política, e que, por fim, correspondem a formas determinadas de consciência social (GRUPPI, 1987).

Marx realiza uma crítica aos direitos humanos de natureza formal, pois possuem como premissa uma concepção liberal e individualista de direitos. Inicialmente, seus escritos se debruçam sobre a situação dos judeus na Alemanha do século XIX, pois o Estado alemão era vinculado ao cristianismo e os judeus não possuíam direitos políticos, a menos que o Estado se desvinculasse do seu viés religioso. A emancipação política representava progressos para a classe trabalhadora, no entanto não se configura como a forma final, real e prática de emancipação, a denominada emancipação humana (MARX, 2010).

Nesse sentido, as conquistas da classe trabalhadora na dimensão dos direitos não se configuram como o objetivo final da emancipação humana, que representaria a extinção das relações capitalistas de produção, apesar da importância das conquistas dentro da ordem burguesa, mesmo considerando que a emancipação política não supera a lógica de divisão e exploração de classes (MOTA, 2017).

No que diz respeito a uma emancipação política, os direitos ocupam lugar de mediação das conquistas civilizatórias e resultado da correlação de forças, mas o significado do direito está condicionado à dinâmica da reprodução social burguesa, fazendo parte do que Mota (2017) irá chamar de estratégias de dominação, exploração e resistência.

Existe uma distinção entre a emancipação política, que está no campo dos direitos e reformas sociais para atender necessidades determinadas pela sociedade que explora o trabalho e acumula riquezas, e a emancipação humana (MOTA, 2017). Esta, que só é possível com o fim da propriedade privada e da riqueza, libertando, assim, o trabalhador de sua exploração (MOTA, 2017).

Assim, há uma relação dialética e contraditória entre a emancipação humana e a emancipação política, a partir da perspectiva marxiana (BEHRING, 2018). Portanto, a emancipação não pode ser vista como uma relação etapista, a emancipação política é a condição de existência do homem burguês e da propriedade privada (BEHRING, 2018). Nesse sentido:

A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade burguesa, a indivíduo egoísta independente, e, por outro, a cidadão, a pessoa moral. Mas a emancipação humana só estará plenamente realizada quando o homem individual real tiver recuperado para si o cidadão abstrato e se tornado ente genérico na qualidade de homem individual na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais, quando o homem tiver reconhecido e organizado suas “forces propres” [forças próprias] como forças sociais e, em consequência, não mais separar de si mesmo a força social na forma da força política (MARX, 2010, p.54).

A concepção de direito só poderia funcionar com princípios jurídicos de liberdade e igualdade, para pessoas livres, no entanto, esses partem do plano abstrato de igualdade. Os discursos e instituições jurídicas-democráticas se estabelecem como uma das formas sociais que possibilitam o desenvolvimento do capitalismo e seus mecanismos de exploração sem a necessidade do uso da violência, configurando-se como um mecanismo de coesão social (GONÇALVES, 2018).

Para a coesão social funcionar, é preciso que as abstrações jurídicas não sejam visualizadas como um processo de distanciamento e alienação, compreendendo erroneamente o direito como uma estrutura autônoma, resultante de uma escolha da sociedade que quer obter coesão entre suas partes, e não como resultado de uma pressão seletiva da desigualdade constitutiva do capitalismo e em benefício deste na exploração da força de trabalho (ibid.).

Neste sentido, os estudos sobre o direito nos fazem refletir sobre as políticas sociais na sociedade capitalista e os limites que elas possuem, não sendo apenas fruto da organização da classe trabalhadora, mas enquanto um resultado da sociedade burguesa. As políticas sociais não possuem vinculação com a emancipação humana, porém a política social se configura como uma mediação, que está relacionada com as necessidades reais e imediatas da classe trabalhadora e de sua reprodução social, se constituindo como itens essenciais da agenda da luta dos trabalhadores e trabalhadoras rumo à emancipação humana (BEHRING, 2018).

Por fim, queremos destacar um último elemento nessa discussão acerca do Estado, a particularidade assumida no Brasil. A formação social ou econômica social no país articula-se com o capitalismo, no entanto com suas particularidades vinculadas a gênese colonial nas suas relações de produção e forças produtivas (MAZZEO, 2015). Desde a sua formação, o Estado Nacional brasileiro esteve baseado nos elementos ideológicos comuns às formações

sociais tardias de capitalismo e à vinculação com um império decadente e tardio, Portugal, em relação aos outros países europeus.

As mudanças na sociedade brasileira de caráter revolucionário eram temidas tanto pela burguesia metropolitana como pela colonial, podendo ser observado que as ideias reformistas vão significar um processo de modernização que reprime mudanças mais significativas na estrutura social de Portugal ou do Brasil (ibid.).

No Brasil, a construção do Estado Nacional se configura como um processo excludente para as massas e tem em sua particularidade a dimensão colonial. O autor, para melhor conceituar este processo no Brasil, utiliza a noção de via prussiano-colonial, pois expressa a geneticidade de sua condição colonial e ao mesmo tempo considera o processo de acumulação e, posteriormente, de industrialização como tardia e agrária (ibid.).

As ideias liberais chegam ao Brasil pelo viés do mercantilismo ilustrado português, em todas as sociedades que o desenvolvimento burguês encontra entraves históricos, o liberalismo vai desenvolver suas expressões de conservadorismo e reacionarismo (ibid.). Neste sentido, no conjunto de países latino-americanos, essa tendência é vista nitidamente, sendo no Brasil mais absorvido o aspecto econômico, mantido apenas no direito livre de produzir e comerciar.

Na medida em que a perspectiva revolucionária é substituída por um pacto conciliatório, tendo como expressão o afastamento das massas populares ocasionado sobretudo por uma violenta repressão, o aspecto de progresso se restringe ao avanço das forças produtivas subsumida por sua forma política reacionária (MAZZEO, 2015). Em síntese, o processo de construção do Estado Nacional é excludente para as massas tanto na Alemanha como no Brasil, no entanto com diferenças de cunho estrutural, em nosso caso, com a inegável dimensão colonial (MAZZEO, 2015). Assim, a modernização no Brasil tem como objetivo a manutenção do colonialismo e da organização produtiva, e a burguesia agroexportadora brasileira articula-se com a burguesia internacional industrial (ibid.), na medida em que:

Uma sociedade extremamente autocrática, comandada por uma burguesia débil e subordinada aos polos centrais do capitalismo, para qual a sociedade civil se restringe aos que detêm o poder econômico, e as massas trabalhadoras constituem a ameaça constante aos seus interesses de classe [...] uma política de Estado manipuladora e alijadora das massas populares (idem, p. 113).

Nosso objetivo foi apontar a priori as elaborações sobre o Estado, sobretudo as vinculadas à teoria marxista, finalizando com a compreensão dos limites e avanços do direito

na sociedade capitalista. Para avançarmos no entendimento de qual o papel do Estado enquanto garantidor do cuidado de pessoas com transtornos mentais, é necessário considerarmos a particularidade da nossa construção histórica nacional e dos limites impostos pelo modelo de sociedade que estamos inseridos, porém sem desconsiderarmos os direitos e políticas sociais como importantes conquistas, sobretudo diante da conjuntura de ataques e desmonte dos direitos sociais.

3.2 Estado, contrarreforma neoliberal e os impactos no cuidado às pessoas com transtornos mentais

Nos países de industrialização avançada, foi desenvolvido através de uma série de reposicionamentos e compromissos da burguesia, do Estado e do proletariado, o pacto fordista – keynesiano, que possibilitou a formulação do Estado de Bem-Estar Social, que criou condições para sustentação do capitalismo pós-guerra, impulsionando tanto o capital como a força de trabalho. Esse modelo começou a ser fortemente criticado nos anos de 1970, período em que o capitalismo contemporâneo vivencia uma crise estrutural global (DUQUE-ARRAZOLA, 2010). Este momento de crise possuiu duas manifestações: reduções das taxas de lucro e superacumulação/superprodução de capital (CARCANHOLO, 2010).

A partir de 1960, o Estado de Bem-Estar Social e o chamado anos de ouro do capitalismo regulado começam a se exaurir. Em 1969, ocorreu uma nova crise capitalista ocasionada pelos reduzidos índices de crescimento e altas taxas de inflação. Nesse contexto, temos o fim do sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada às políticas sociais nos países de capitalismo central, assim como tem seu processo comprometido na periferia do capitalismo, onde esse modelo nunca se realizou de forma plena (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O modo de produção capitalista tem enquanto natureza um funcionamento baseado em ciclos. A história do capitalismo é marcada por momentos de crescimento procedidos de fases de crise que irão formular novos períodos de acumulação de capital. A crise para o capitalismo representa a forma que este encontra para manifestar o momento de aparição das contradições próprias do modelo e para reestabelecer a unidade entre a produção e a apropriação do valor (CARCANHOLO, 2010).

O neoliberalismo surgido também no pós-guerra se configura como uma reação teórica e política contra o Estado de Bem-Estar, pois o desenvolvimento econômico seria

comprometido pela proteção social garantida por ele. Os neoliberais atribuem a crise como decorrência do poder demasiado e nefasto dos sindicatos e movimentos operários de forma geral, pois esses corroeram a base de acumulação e são responsáveis pelo aumento dos gastos sociais do Estado que resultaria em processos inflacionários (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O neoliberalismo defende um Estado não intervencionista na regulação de mercados financeiros, uma vez que o livre movimento de capitais garantirá a maior eficiência na redistribuição de recursos internacionais. Condenando, deste modo, qualquer ação Estatal que limite o mercado, as denunciando como ameaças à liberdade econômica e política, tendo seu pensamento singularizado através do receituário do Consenso de Washington (ibid.)

Neste Consenso foram articuladas e definidas as estratégias da política macroeconômica para que servissem de inspiração do que chamaríamos de “reformas” neoliberais. Tal receituário foi implementado em inúmeros países periféricos, no caso do Brasil seu início foi entre 1980 e 1990. Devemos compreender, também, que as assimilações dos pressupostos neoliberais ocorreram de forma diferenciada, com radicalidade dos enunciados nos países periféricos, sem a mesma correspondência nos países centrais.

O ajustamento da América Latina ao neoliberalismo ocorreu de forma e em tempos variados. O primeiro país foi o Chile, que já demonstrava nos anos 1970 a adoção do neoliberalismo. Este processo ocorreu de diferentes formas, tendo suas consequências econômicas, políticas e sociais entre os países de acordo com o período de implantação, do tipo e intensidade das políticas, de como a economia e o Estado estavam estruturados, e da articulação que as políticas públicas possuíam anteriormente. Na maioria dos países houve cortes lineares do gasto social e deterioração dos padrões do serviço público. Nos países em que houve um Estado de Bem-Estar Social, as políticas de ajuste sofreram resistência (TRINDADE, 2009).

No Brasil, a introdução do neoliberalismo se deu associado a um discurso de modernização do país a partir das falas governamentais do então presidente Fernando Collor de Mello, e foi se aprofundando nas décadas de 1990 e 2000. O governo de Fernando Henrique Cardoso tornou esse modelo hegemônico com a adoção do neoliberalismo como princípio definidor da ação estatal por meio da privatização dos direitos sociais, que se tornaram serviços vendidos e comprados, um processo severo de privatizações das empresas públicas, a exemplo da VALE, USIMINAS e EMBRAER, e de direcionamento do fundo público para o capital financeiro, esse processo foi denominado de “reforma” e modernização do Estado (CHAUÍ, 2013).

No entanto, devemos considerar que a inserção do neoliberalismo não possui apenas uma dimensão econômica, mas também ideológica e cultural. Um exemplo deste avanço é a utilização do termo “reforma”, que antes do neoliberalismo era historicamente relacionada a transformações sociais e econômicas orientadas para uma sociedade mais igualitária, democrática e humana, convertido em mudanças de caráter involutivo e antidemocrático. O que esteve em curso nos anos 1990 foram verdadeiras contrarreformas do Estado para aumento da desigualdade econômica e social (BORON, 2000). Como exemplos de movimentos de reformas brasileiras que possuem dimensão crítica e progressista, podemos citar a Reforma Sanitária, a Reforma Agrária e a Reforma Psiquiátrica.

O avanço do neoliberalismo subordinou os direitos sociais à lógica orçamentária e a política social à política econômica, prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal: privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Tal ideologia defende o encolhimento do espaço público, ao mesmo tempo em que o espaço privado deve sofrer um alargamento, tendo sua consolidação no Brasil a partir do discurso da modernização que era sinônimo de enxugamento do Estado, importação de tecnologia e o gerenciamento dos interesses das finanças nacionais e internacionais.

O Estado deveria realizar uma reforma que resultasse em incentivos e privilégios para os investimentos privados, esses incentivos materializados na redução de impostos sobre o capital e grandes fortunas e aumento de impostos para rendas individuais como o trabalho, o consumo e o comércio. Sendo esse Estado estrategicamente distante da regulação econômica, privatizando as empresas públicas, mesmo lucrativas, e destinando ao mercado a desregulação por meio do fim dos investimentos estatais na produção e controle sobre o fluxo financeiro, uma legislação antigreve e um robusto programa de privatização. Esse processo teve o Chile com Pinochet, a Grã-Bretanha com Thatcher, e Reagan, nos Estados Unidos como as principais representações deste programa (CHAUÍ, 2013).

Os países latino-americanos possuem a especificidade de terem passado por períodos ditatoriais e diversos movimentos de contestação aos regimes da época, como são os casos da Argentina, na mobilização para uma mudança social, e do Brasil, que passou por um processo nacional e coletivo para superação da ditadura militar, incluindo os movimentos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica, que emergem nesta conjuntura após 20 anos de ditadura militar e da necessidade de mudanças políticas, econômicas e culturais do país, na luta por uma construção de um Estado democrático.

Paradoxalmente, concomitante ao avanço do neoliberalismo no Brasil, tivemos também fortes conquistas legais no que diz respeito a garantia de direitos, em especial, ao

direito a saúde. No ano de 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marcou por sistematizar o projeto de Reforma Sanitária; e no ano de 1988 é instituída a Constituição Federal, denominada de Constituição Cidadã, contendo em seu artigo nº194 “a seguridade social a compreendendo como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). O direito a saúde não passa a ser garantido pelo texto constitucional. Existe uma necessária tomada de decisão do Estado de assumir uma política de saúde que estivesse integrada às diversas políticas como a econômica e a social, com o objetivo de garantir meios para a sua efetivação (BRASIL, 1987).

Apesar de todo avanço legal, a possibilidade de uma universalização da Seguridade Social foi substituída por programas sociais precários, focalizados e emergenciais, confrontando o frágil, e recentemente construído, direito de cidadania. O Estado passa a se desresponsabilizar por algumas atribuições sociais. Assim, a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, etc. passam à categoria de recursos e mercadorias, sendo esvaziado seu caráter de direito constitucional e dificultado o acesso aos mesmos. Ocorre um ajuste no Estado por meio das contrarreformas produzidas pelos interesses da acumulação do capital na priorização de políticas econômicas, da privatização e mercantilização das políticas sociais, com destaque na política de saúde esvaziando seu caráter público e universal.

No que diz respeito às políticas de saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde constitui um direito de todos e dever do Estado, sua garantia deve ser feita por meio de políticas sociais e econômicas que objetivem a minimização da doença e de outros agravos, tendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). No entanto, o que visualizamos é um verdadeiro descompasso entre o conjunto de leis aprovadas e as limitações de cunho estrutural que formulam obstáculos para o desenvolvimento e aplicação do direito à saúde (BRASIL, 1987). São grandes os desafios, entre eles: cortes de investimentos, priorização de investimentos em organizações sociais, fragmentação, restrição e terceirização dos trabalhadores por influência das orientações de organismos financeiros internacionais em consonância com os interesses do capital, entre muitos outros.

Neste sentido, as contrarreformas implementadas sobretudo na década de 1990, possuem como base a necessidade de limitação das funções do Estado, e vão demandar da política de saúde brasileira, não garantindo o caráter universal, a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício e o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde (CORREIA, 2015).

3.3 A particularidade da Reforma Psiquiátrica

No âmbito da Reforma Psiquiátrica, as principais críticas dos trabalhadores da saúde mental a este modelo foram às divergências na assistência aos usuários, evidenciando uma dicotomia entre ricos e pobres, e a utilização da abordagem psiquiátrica como objeto de controle e reprodução das desigualdades sociais.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MRP), surgido nos anos 1970, era composto por trabalhadoras (es), usuárias (os) e familiares da saúde mental, acadêmicos, gestores que estimulados (as) pelos relatos de violência física e psíquica, óbitos, trabalho escravo, isolamento e inúmeras outras violações de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos, juntamente com o processo de desinstitucionalização e a crítica ao manicômio elaborada sobretudo pela psiquiatria italiana.

De acordo com Amarante (1995) a assistência médica privada vem representar o interesse na acumulação de lucro, sem uma preocupação com a efetividade do tratamento das pessoas. Desta forma, a assistência psiquiátrica no Brasil estava sendo representada pela “função asilar” que se configura como um instrumento de segregação, negação e violência, despreocupadas com o avanço real da saúde mental dos cidadãos e sem uma organização de um cuidado e atenção com eficiência comprovada e de fato terapêutica. Uma consequência que pode ser vista desta política é que no ano de 1977, os recursos previdenciários destinados a hospitalização psiquiátrica somavam cerca de 96% do orçamento total, contra apenas 4% em serviços extra hospitalares.

Os (as) trabalhadores (as) em Saúde Mental se organizaram enquanto um movimento social, tendo como lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Essa defesa provoca a sociedade sobre a loucura, os adoecimentos e transtornos mentais, a psiquiatria e seus manicômios. Começando a partir deste momento a privilegiar experiências de desinstitucionalização, a compreendendo não como um processo de desospitalização apenas, mas de transformação das práticas profissionais, assistenciais territoriais, além de um processo de desconstrução dos conceitos e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1994).

A trajetória do MRP foi marcada por um movimento de desinstitucionalização, e está inserido em um importante contexto político para a sociedade brasileira. Destacam-se neste sentido a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, como já mencionada, mas também a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que ficou conhecido popularmente como Congresso de Bauru, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e do Primeiro Núcleo de

Atenção Psicossocial, a Associação Loucos pela Vida, entre outras mobilizações (AMARANTE, 1995).

Todos esses acontecimentos ocasionaram uma mudança na Reforma Psiquiátrica que inicialmente era predominantemente relacionado às práticas assistenciais e, neste momento, se repensa ampliando sua atuação para uma dimensão mais global, abrangendo o campo técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (ibid.). Uma força a esta mudança é o movimento antimanicomial que, de acordo com Amarante e Nunes (2018) questionava as diversas violências, erroneamente denominadas de cuidado, às quais eram submetidas às pessoas com transtornos mentais.

Apesar das mobilizações iniciais nos anos 1970 e as conquistas da saúde nos anos 1980, os atores do campo da Saúde Mental durante todo esse período não conseguiram aprovar legislações próprias de âmbito nacional que possuíssem como cerne os direitos e garantias das pessoas com transtornos mentais. Apenas em 2001, após 12 anos de tramitação, é promulgada a Lei nº 10.216, proposta pelo deputado do Partido dos Trabalhadores (PT) Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei ficou conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A lei institui que é de compromisso do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será oferecida em serviços de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde às pessoas com transtornos mentais.

A Lei da Reforma Psiquiátrica dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e modifica o modelo de atenção à saúde mental. Os direitos garantidos em lei deveriam acontecer sem distinções de raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, econômica, adoecimento, idade ou qualquer outra questão, e perpassar por: ter acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde de acordo com a sua demanda; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada de preferência em serviços de base territorial; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, considerando que a internação só estaria nas indicações quando os recursos fora do hospital não fossem suficientes; e o tratamento perpassa pela finalidade permanente que a pessoa com transtorno mental seja inserida em seu meio social; entre outros direitos (BRASIL, 2001).

No entanto, cidadania e direito não são suficientes, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direitos por decreto (AMARANTE, 2007). Construir cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da Saúde Mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É imprescindível mudar mentalidades, atitudes e relações sociais.

Avançando sobre as mudanças no modelo de atenção, essas alterações vão sendo mais visualizadas a partir da criação de serviços voltados à atenção de pessoas com transtorno mental. A mudança do modelo asilar para um modelo psicossocial, no entanto, vem se construindo em um Estado que possui escassos serviços de apoio e retaguarda, e que tendencialmente transfere suas responsabilidades para outros setores como o filantrópico, o privado e a família.

Enquanto representação de um valor estratégico para o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, vão sendo criados os CAPS. As legislações estaduais e municipais vão demonstrar a possibilidade de uma rede que substitui os hospitais psiquiátricos, se consolidando como serviços extra hospitalares. É importante considerar que o projeto de reforma psiquiátrica e sua implementação no território nacional ocorre de forma diversificada, algumas ações começam em meados dos anos de 1987, como é o caso do surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. No entanto, vão ganhando força a partir da Lei nº 10.216 (FERREIRA, 2018).

Existem três momentos importantes na Reforma Psiquiátrica: o primeiro é representado por uma fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com ofertas terapêuticas diversificadas, como o exemplo do Rio de Janeiro, onde alguns Hospitais se transformaram em centros comunitários, clubes de lazer, entre outros; o segundo momento seria o de implantação dos serviços substitutivos que decorrem dos investimentos em estratégias extra hospitalares que se organizam a partir de ações de sociabilidade e desenvolvimento de potencialidades, como é o caso dos CAPS, serviços de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa, além de serem dispositivos territoriais de base comunitária localizados dentro do itinerário cotidiano dos usuários(as); e, por fim, a criação das residências terapêuticas⁸ que correspondem a preocupação com a questão de moradia (FERREIRA, 2006).

⁸ Os Serviços Residenciais Terapêuticos, sinteticamente, se configuram como moradias inseridas na comunidade com o objetivo de receber pessoas com transtornos mentais que possuem histórico de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. A residência terapêutica deve ser um espaço de moradia para garantir convívio social, reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania dos (as) sujeitos (as) estando situado enquanto dispositivo estratégico para a desinstitucionalização (BRASIL, 2011).

Os CAPS possuem como diretriz de trabalho a participação da família no cuidado. Entre as atividades realizadas podemos citar: acolhimento, consultas, grupos, oficinas terapêuticas e reuniões de familiares, estes serviços passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, com a Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Os CAPS se diferenciam por sua capacidade de atendimento e perfil de demanda, sendo organizados como: CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes; CAPS II, serviços de médio porte, base para municípios com população superior a 50.000; CAPS III, para municípios com mais de 500.000 habitantes, sendo serviços de grande complexidade e de funcionamento 24h; CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais; e, por fim, os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os CAPSi e CAPSad são previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2005).

Posteriormente, os CAPS vão integrar a RAPS, criada em dezembro de 2011 pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011. A RAPS é a rede de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico ou com problemas decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas no SUS. Definindo a composição da rede, seus papéis, as responsabilidades de cada nível de atenção, perpassando desde a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação (BRASIL, 2011).

O desenvolvimento dos serviços substitutivos vai sendo pactuado entre gestores do município e do estado e controle social, tendo como intuito impulsionar o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa⁹, compreendendo que o cuidado deve ser um conjunto de ações advindas dos vários níveis de atenção e com uma rede fortalecida e diversa.

Pernambuco foi o terceiro estado brasileiro a promulgar uma lei própria em relação à Reforma Psiquiátrica, a Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, regulamentando a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Apesar da lei estadual, no ano de 2008 Pernambuco estava entre os estados brasileiros com o maior número de hospitais psiquiátricos/leitos do SUS por 1.000 habitantes, no entanto, nos últimos anos,

⁹ O Programa de Volta para Casa foi instituído pela lei nº 10.708 e tem como base a regulamentação de um auxílio reabilitação psicossocial para pessoas com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos com o intuito de contribuir com a inserção social dessas pessoas (BRASIL, 2013).

tem reduzido os leitos hospitalares psiquiátricos de longa permanência, sendo referência na reestruturação da RAPS e tendo como um de seus objetivos a desinstitucionalização em todo o território (PERNAMBUCO, 2018).

Neste sentido, a desinstitucionalização é vista como um processo que não consiste apenas na desospitalização das pessoas dos hospitais psiquiátricos, mas na construção de condições para um cuidado territorial, comunitário e contínuo e de qualidade para todas as pessoas que dela necessitam de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social (ibid.).

A política de saúde mental de Pernambuco tem como algumas de suas diretrizes: o respeito aos direitos humanos; a proteção contra exploração; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; cuidado integral e multiprofissional; diversificação das estratégias de cuidado; ênfase em serviços territoriais e de base comunitária com a devida participação e controle social de usuários (as) e familiares; integralidade do cuidado, etc. (ibid.).

Mesmo com os inquestionáveis avanços de Pernambuco na implantação e implementação de serviços vinculados à perspectiva da Reforma Psiquiátrica, ainda se apresentam vários aspectos de subfinanciamento, sucateamento, reduzido número de equipes profissionais, equipamentos e insumos para as atividades.

Atualmente Pernambuco possui 95 residências terapêuticas que são criadas a partir da Portaria nº 106 de 2000 e tem como objetivo a reabilitação psicossocial de pessoas com histórico de longa permanência em instituição de caráter asilar, e não possui vínculos familiares para o suprimento do cuidado. Na capital do estado, as residências terapêuticas têm sua gestão repassada para o Instituto de Medicina Integral professor Fernando Figueira e a Santa Casa de Misericórdia através do Hospital Santo Amaro, de acordo com o próprio site da instituição. Este processo é visualizado em inúmeras outras instituições públicas do estado.

Os serviços extra hospitalares são mais propensos às privatizações, seletividade e a focalização definida pelo direcionamento neoliberal, sendo na lógica do governo cada vez mais vulnerável às racionalidades vinculadas ao econômico, tendo risco de forte precarização (ROSA, 2011).

O projeto de reforma administrativa do Estado de Fernando Henrique Cardoso considerou a saúde e as demais áreas sociais como serviços não exclusivos do Estado. Esses serviços deveriam ser prestados pelas organizações sociais, o setor público não estatal, e ao Estado caberia apenas coordenar e financiar as políticas públicas e não mais executá-las (ROSA, 2015). Os recursos financeiros, o patrimônio, os equipamentos e os recursos humanos são públicos, mas a gestão e a lógica que ordenam são privadas. Assim, ocorre um

conflito quanto à concepção do que é público, já que neste contexto o que é público não é necessariamente estatal.

Nos governos de Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso foi reafirmado no Brasil a incapacidade do governo de garantir políticas sociais, trazendo dúvidas sobre o papel do Estado, o vinculando a uma forte austeridade fiscal, achatamento salarial e corte de gastos sociais. Como já visualizado no surgimento do SUS, houve investidas neoliberais as quais repercutiram na institucionalidade do sistema, tornando-o fragmentado, mercantilizado e subfinanciado. Todo esse processo revela uma contradição entre a Reforma Sanitária e a contrarreforma do Estado iniciada a partir da década de 1990, continuada nos governos do PT e que são fortemente intensificados na atual conjuntura (BORGES et al., 2012, p. 57 apud SANTOS, 2015, p. 98).

Podemos identificar na Reforma Psiquiátrica dois projetos distintos e em forte disputa: o primeiro está relacionado a uma mudança radical de conduta e que possui como base a luta antimanicomial e uma sociedade sem manicômios, já o segundo é vinculado a uma reforma simpática aos interesse neoliberais e do grande capital, implantando uma RP a qualquer custo por meio de parcerias público-privadas, com organizações não governamentais, organizações sociais, Fundações e tendo a inserção das Comunidades terapêuticas enquanto rede de serviço. Nesse segundo projeto, não há expansão dos serviços substitutivos como as residências terapêuticas, ocorre a precarização das formas contratuais, o engessamento dos serviços, o que se coloca como dificuldade para uma reforma psiquiátrica bem-sucedida (SOUSA; JORGE, 2019).

Outrossim, cabe destacar retrocessos ainda mais ruinosos para a efetivação da Política de Saúde Mental diante da ofensiva neoliberal, por exemplo, o próprio retrocesso na concepção do modelo de atenção, centrado no hospital e no médico, as mudanças na política de atenção básica, a intensificação do subfinanciamento exponencial, principalmente, no contexto de aprovação da PEC que congelou, por vinte anos, os investimentos em políticas sociais como a saúde etc.

Assim, o Brasil tem uma frágil cultura de proteção social e não se configura diferente no âmbito da saúde mental. O neoliberalismo com sua tradição de um Estado mínimo atribui o cuidado a pessoa com transtorno mental as suas famílias ou ao autocuidado, e o Estado só assume parcialmente a responsabilidade por essas atividades (ROSA, 2011). Em um contexto de inexistência ou insuficiência da família, estas, muitas vezes receosas com os processos de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, são atraídas pela perspectiva asilar, pois

temem os encargos do cuidado domiciliar a partir da desresponsabilização do papel do Estado.

O cenário político ideológico brasileiro tem sido representado por uma ideologia de desmonte da rede substitutiva, o Hospital Psiquiátrico vem ganhando força e lugar de destaque nos discursos dos profissionais da rede e por grupos da sociedade que defendem um posicionamento de distanciamento das pessoas com transtornos mentais como uma forma de tratamento, esses grupos ameaçam e atacam toda uma conjuntura de luta política e social exercida pelo processo de redemocratização histórica da reforma psiquiátrica. Apesar dos avanços ocasionados pela reforma psiquiátrica, no cenário atual, visualizamos forte alicerce em um modelo de atenção médico-centrado, onde os serviços substitutivos não estão dando suporte efetivo as pessoas com transtornos mentais (SOUSA; JORGE, 2019).

A privatização dos serviços estimula que os (as) trabalhadores (as) retirem parte dos seus salários para comprar seguros e planos privados populares de saúde, pagamento de previdência privada e de educação, que no caso das mulheres dos países periféricos, além das duplas jornadas de trabalho, são forçadas a executar parte das suas atividades domésticas, um conjunto de afazeres que deveria ser de responsabilidade pública, como é o caso dos cuidados (MOTA, 2012). Apesar da autora fazer referência, compreendemos que não há uma dupla jornada de trabalho, a nossa perspectiva é embasada a partir de Ávila (2011) que considera o trabalho das mulheres como jornadas intensivas, extensivas e intermitentes. No caso das mulheres cuidadoras de pessoas com transtornos mentais essas jornadas possuem um elemento de continuidade da disponibilidade dessas mulheres para o cuidado.

As privatizações fazem com que a população que não possui poder de compra dos serviços acabe por prover eles por meio do seu trabalho. As mulheres das classes populares, por exemplo, que não possuem acesso as creches precisam cuidar de seus filhos e filhas e neste paralelo as mulheres que possuem familiares com transtornos mentais sem direito ou sem acesso à serviços que atendam esse público acabam por ter que prover esse cuidado, mesmo que por muitas vezes não possuam condições sociais, físicas e emocionais para tais tarefas.

A contrarreforma do Estado baseada na expansão da acumulação capitalista com a diminuição dos gastos públicos na seguridade social, deixa milhões de mulheres e homens de diferentes idades desassistidos. Essas dificuldades cotidianas sobrecarregam, sobretudo, as mulheres, responsabilizadas pelas atividades de cuidado, reprodução social da família e, sobretudo as mulheres dos setores mais pobres que são chefes de família. O Estado se desresponsabiliza pela proteção social, reduz o financiamento, se configurando como um

Estado Mínimo assegurando apenas a reprodução social do capital, ampliando a transferência de suas responsabilidades com organizações não-governamentais, empresas, instituições religiosas e insere a família, sobretudo a mulher, para suprir as necessidades de reprodução das pessoas (DUQUE-ARRAZOLA, 2010).

Doentes, crianças, idosos, pessoas com deficiência, estes deixam de ser atendidos pela rede de serviços públicos e o cuidado passa a ser provido pela família, mais especificamente pelas mulheres, como veremos no tópico a seguir.

3.4 Apropriação do tempo de trabalho e reprodução social das mulheres através do cuidado

3.4.1 Considerações feministas materialistas acerca das Relações Sociais de Sexo

Nesta seção nos dedicamos ao desenvolvimento das reflexões teóricas sobre o cuidado e o trabalho doméstico. Compreendemos as inúmeras abordagens desenvolvidas ao longo das décadas acerca do que se costumou chamar de gênero, no entanto, é importante apontar inicialmente que na construção dessa dissertação utilizamos a categoria relações sociais de sexo por compreendermos o sexo também como uma construção social e histórica. O gênero enfatiza as relações de poder, os significados das relações sociais, mas não busca as causas da dominação/exploração. O gênero também é utilizado de maneira relacional, desta forma os estudos sobre mulheres não deveriam limitar-se a categoria mulher (CISNE, 2012).

Apesar de muitas vezes as conceituações tratem o gênero e as relações sociais de sexo como categorias sinônimas (DEVREUX, 2005), demarcaremos algumas divergências que corroboram com a nossa escolha conceitual.

Apesar do conceito de gênero ser visualizado de forma frequente na literatura feminista brasileira, utilizaremos a perspectiva das relações sociais de sexo por considerarmos que esta se coloca mais coerente com a proposta deste estudo embasado no materialismo (CISNE, 2014).

O problema provocado pelas novas abordagens dos estudos de gênero é um distanciamento entre as discussões teóricas e a luta das mulheres, a teoria não pode estar desvinculada da prática, mas sim emergir e a ela retornar como resposta às demandas do real (CISNE, 2012). A categoria relações sociais de sexo tem sua fundação na escola feminista francesa. Compreende que uma relação social está vinculada a conflitos e tensões com interesses divergentes. As abordagens utilizadas no estudo consideram o sexo como

socialmente determinado e este ser interpretado e traduzido na experiência e vivência da sociabilidade (FERREIRA, 2002).

O conceito de relações [rapports] sociais, busca apontar os antagonismos presentes na ideia de relação social, pensando por meio da sociedade, seus indivíduos e suas classes, compreendendo as relações enquanto tensões dinâmicas, que se estruturam como oposições e polarizam o campo social com mais ou menos força segundo o ponto em que se encontra a relação de origem dessas tensões, permitindo compreender melhor as posições dos diferentes sujeitos sociais submissos em várias relações de força ao mesmo tempo e que exercem diversos planos, possibilitando uma visão multidimensional e histórica das coisas (DEVREUX; FALQUET, 2012).

Em síntese, o gênero possui um caráter mais “neutro”, aparentemente mais palatável e adequado às instituições multilaterais, considerado supostamente como mais científico ou acadêmico (SAFFIOTI, 2015).

Nossa escolha pela utilização do conceito de relações sociais de sexo se situa pela necessária afirmação do sexo como uma construção histórica e social e pela possibilidade de desvelamento através do conceito da dimensão crítica e conflituosa das relações de sexo (CISNE, 2014). Consideramos que o gênero dificulta a compreensão da problemática que envolve as relações sociais de sexo, pois o gênero muitas vezes promove a ocultação do sujeito político “mulher”, principalmente quando não é utilizado junto com o patriarcado e a categoria mulher, substituindo por muitas vezes pelo que comumente são chamados de: “estudos de gênero”. Neste sentido, essa ocultação promove um grave problema político para o feminismo (CISNE, 2014).

A formulação do conceito de relações sociais de sexo surge na década de 1980 e tem forte vinculação com os estudos sobre divisão sexual de trabalho, além de afirmar a dimensão antagônica das classes, assegura também a centralidade do trabalho nos estudos feministas, o que não podemos considerar na categoria gênero, pois muitas vezes é desprovida da compreensão de hierarquia entre os sexos e outras desigualdades estruturantes como as de classe e “raça”, formulando uma conotação mais institucionalizada (CISNE, 2014).

A compreensão utilizada é que uma relação social é uma relação antagônica entre grupos sociais, instituída à volta de uma disputa, então toda relação social corresponde a uma relação conflituosa. As relações sociais não são formadas por contradições principais e secundárias, elas se manifestam a partir da exploração, dominação e opressão (KERGOAT, 2010).

As críticas feministas das ciências focaram, entre outras questões, no processo de naturalização da categoria “mulher”. Visualizavam um caráter biofisiopsicológico de definição da categoria mulher que ocultava as relações sociais que perpassam a categoria. Destarte, se faz necessária a utilização de termos que mostrem o funcionamento da categorização por sexo e é a partir desta necessidade que emergem na França as noções de sexagem e sexo social (MATHIEU, 1971; 1991; GUILLAUMIN, 1978; 1992) para compreender as relações de escravidão e servidão em um sistema de apropriação das mulheres (MATHIEU, 2009).

A ideia de natureza exprimindo uma concepção de que as pessoas escravizadas são feitas para fazer o que fazem, as mulheres são feitas para obedecer e serem submissas, uma crença cientifizada da “natureza” dos apropriados que se beneficiou do desenvolvimento das ciências naturais e que tratava como natural os fenômenos sociais (GUILLAUMIN, 2014). A falsa ideia de relação natural ganha espaço nas relações sociais e subordinam uma classe à outra justificada por uma ideia de natureza de subordinação e reafirmada por muito tempo pela ciência como exemplos da raça e do sexo.

Nosso esforço consiste em pensar os grupos de sexo como categorias que são mutáveis, logo, não estão fixas, possuem uma historicidade e são sociais, tratam-se dos grupos sociais homens e mulheres, o que não pode se confundir com a dupla caracterização machos-fêmeas (KERGOAT, 2009). Compreende-se essas relações como antagônicas e as diferenças entre as atividades destinadas a homens e mulheres e a sua não relação com uma naturalidade biológica, mas sim enquanto uma construção social que possui uma base material e não é apenas na dimensão ideológica (ibid.).

Por essas motivações utilizamos o conceito de relações sociais de sexo, buscando compreender as diversas formas assumidas por essas relações, uma forma material de exploração do trabalho das mulheres, da opressão ligada às imagens das mulheres e suas atividades. Essas relações são sistematizadas em três dimensões¹⁰: 1) a divisão sexual do trabalho, 2) a divisão sexual do poder e a 3) categorização do sexo (DEVREUX, 2005).

A divisão sexual do trabalho corresponde a uma organização do trabalho entre grupos de sexo. Esta divisão perpassa a sociedade e articula o trabalho produtivo e reprodutivo. O trabalho reprodutivo começa a ser considerado trabalho apenas posteriormente aos esforços dos estudos feministas, o compreendendo não apenas enquanto trabalho doméstico, mas aos

¹⁰ “Na França, relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho foram, por muito tempo, conceitos assimilados a ponto de se recobrirem totalmente e serem quase sinônimos, ou, ao menos, de terem a mesma capacidade de englobar todos os fenômenos sociais” (DEVREUX, 2005, p.567).

trabalhos de cuidado, trabalho parental, as atividades que exigem responsabilidades com as pessoas (DEVREUX, 2005).

Já a divisão sexual do poder entre os sexos também não resulta de processos naturais ligados a capacidades físicas dos homens e das mulheres, mas em uma divisão desigual do poder entre homens e mulheres, e, por fim, a categorização de sexo, toda vez que existe uma divisão sexual do trabalho — trabalhos para homens e para mulheres — ou divisão sexual do poder — os homens ocupando o lugar de poder e da política — há uma criação e reiteração de categorias sexuadas (DEVREUX, 2005).

Essa categorização tem como função fixar como verdade definições sociais que estabelecem, por exemplo, o que é ser homem e o que é ser mulher, o que é trabalho e o que não é, o que é produção e o que não é. Nesse sentido, essas três dimensões correspondem a decomposição do conceito de relação social de sexo. A teoria das relações sociais de sexo pretende ter um alcance heurístico universal na decifração dos fatos sociais relativos à opressão das mulheres (ibid.).

A partir das contribuições da autora concordamos que a divisão sexual do trabalho, a divisão sexual do poder e a categorização do sexo são as três atividades que demonstram as relações sociais de sexo na vida concreta. Devemos considerar que a depender do momento de desenvolvimento social, elas sejam evidenciadas com maior ou menor intensidade (ibid.).

As três dimensões se apresentam de diferentes modos, coexistem e conformam uma contradição. Qualquer recorte realizado nesses três aspectos pode ser justificado para fins analíticos com o intuito de tornar visível o movimento das práticas de dominação e exploração que estão implícitos nessa noção, considerando que elas não são organizadas de forma hierárquica, pois esta abordagem implica em uma universalidade do conceito e sua utilização pode partir de qualquer uma das expressões das relações sociais de sexo como a dimensão central no contexto analisado (ÁVILA, 2009). Neste estudo, partiremos sobretudo do conceito de divisão sexual do trabalho.

3.4.2 Determinações patriarcais e da divisão sexual do trabalho na vida das mulheres

Podemos citar duas grandes teorias sobre a divisão sexual do trabalho, a primeira está mais relacionada a termos de vínculo social por meio de seus conteúdos conceituais como o de solidariedade, complementariedade, conciliação, coordenação, parceria, especialização e divisão dos papéis; já a segunda, remete a uma relação social, pensando as contradições,

antagonismos, oposição, dominação, opressão e poder e de uma teoria geral das relações sociais, evidente que esses conceitos se opõem e divergem (HIRATA, 2002).

Neste estudo utilizamos a segunda conceituação, pois é a partir dela que nossas reflexões ganham sentido e coadunam com as demais conceituações que desenvolvemos ao longo deste trabalho. Pensar as problemáticas do trabalho doméstico e de cuidados nos exige uma aproximação com a divisão sexual do trabalho por ser uma das formas centrais que as mulheres têm seu trabalho explorado na sociedade capitalista.

A divisão sexual do trabalho se caracteriza pela designação dos homens a esfera produtiva e das mulheres a esfera reprodutiva, sendo os homens encarregados das funções com forte valor social agregado como é o exemplo das atividades políticas, econômicas, religiosas, militares, entre outras (KERGOAT 2001; HIRATA, 2007)

Essa divisão se constitui conforme aponta Cisne (2012) em um sistema patriarcal, capitalista que atribui às mulheres atividades de baixo prestígio social, trabalhos precarizados, subalternizados e desvalorizados, também na dimensão do trabalho remunerado. As mulheres ocupam profissões com baixos salários, alto contingente de desemprego, informalidade e mesmo quando ocupam os mesmos cargos e funções seus salários são mais baixos.

Os papéis, as qualidades e as características são construídas historicamente, as atividades ditas masculinas e femininas compreendidas como determinadas de forma natural e fisiológica correspondem a uma construção sócio-histórica. Conforme a autora, os homens e as mulheres que irão determinar a sua forma de se comportar e refletir, a partir da construção de suas relações sociais (ibid.).

A divisão sexual do trabalho, explicitada anteriormente, ocorre de forma diferenciada de acordo com o tempo e espaço social, sendo demarcada com mais força em algumas sociedades; e as atividades, características e afinidades listadas ao que é masculino e feminino estão relacionadas intimamente com as construções sociais que definem quais são as características de cada grupo social. Os homens são ligados às ideias de força, inteligência, criatividade, liderança e as mulheres as de passividade, amabilidade, fragilidade, entre outras adjetivações.

A percepção de que cabem às mulheres a responsabilidade das tarefas que compõem o trabalho reprodutivo, exemplificada pelo cuidado da casa, das crianças, doentes e idosos, é proveniente da divisão do trabalho que atua como norteador das bases da organização social e econômica da sociedade. O trabalho que as mulheres realizam no cotidiano, no espaço reprodutivo, garantem ao capital a segurança da reprodução e a perpetuação da força de trabalho, assegurando a reprodução e a manutenção da lógica do capital (NOGUEIRA, 2011).

Ao analisarmos o processo de acumulação/exploração capitalista, a força de trabalho é essencial para a obtenção do mais-valor¹¹. Apesar das inúmeras investidas e defesas do fim da centralidade do trabalho na vida social, consideramos que o trabalho continua sendo cerne na vida social e também está relacionado com a nossa escolha pela perspectiva das relações sociais de sexo pela centralidade do trabalho na vida das mulheres, no entanto, visualizamos novas tendências que podem ser apontadas no mundo do trabalho.

De acordo com Antunes (2013) o trabalho tem apresentado algumas características de informalidade, podendo ser exemplificados nos trabalhos voluntários, terceirizados, empreendedorismo, entre outros, potencializando novos mecanismos de valorização do valor por meio de “novos e velhos” mecanismos de intensificação e de “auto exploração” do trabalho.

A defesa do autor é de a invisibilidade do trabalho em algumas esferas, esta por encobrir a geração de mais-valor em basicamente todas as esferas do mundo do trabalho em que este se realiza (ANTUNES, 2013). Em síntese, está permeada pela crescente expansão do trabalho imaterial, expressa através de inúmeras modalidades de trabalho vivo na participação de maior ou menor forma no processo de valorização do valor, neste caso evidenciado pelo autor, sobretudo no infoproletariado¹².

No mesmo sentido de Antunes (2013) sobre as configurações do trabalho produtivo e reprodutivo, e o delineamento de novas compreensões, a pesquisadora Ursula Huws (2014) propõe uma nova perspectiva acerca do trabalho, apontando uma divisão entre os trabalhos indiretamente produtivos para o capitalismo ou trabalho reprodutivo, e os trabalhos que são diretamente produtivos para os capitalistas individuais, denominado de diretamente produtivo.

A autora traça uma outra distinção entre trabalho remunerado e não remunerado “Defendo que (embora dependente de outras formas de trabalho para sua reprodução) a forma por excelência de trabalho que caracteriza o capitalismo é trabalho que produz valor para o capital e produz a renda que é necessária para a sobrevivência do trabalhador” (HUWS, 2014, p. 15). Desta forma este processo foi sistematizado pela autora através de uma diagramação que pode ser visualizado no Quadro 1.

¹¹ O impulso do capital é da sua autovalorização, através do mais-valor, se apropriando e produzindo a maior quantidade possível de mais trabalho. O capital é trabalho morto, possuindo as máquinas e meios de produção, enquanto o trabalhador é o trabalho vivo. Deste modo “como um vampiro, vive apenas da sucção de trabalho vivo, e vive tanto mais quanto mais trabalho vivo suga. O tempo durante o qual o trabalhador trabalha é o tempo durante o qual o capitalista consome a força de trabalho que comprou do trabalhador. Se este consome seu tempo disponível para si mesmo, ele furta o capitalista” (MARX, 2013, p.392).

¹² Para o autor é um novo contingente de assalariados denominados de cibertariados (HUWS, 2003) ou infoproletariado (ANTUNES E BRAGA, 2009) que trabalham nas tecnologias de informação e comunicação como os trabalhadores de call center, telemarketing, etc (ANTUNES, 2013)

Quadro 1 - Trabalho - uma tipologia em diagrama

	Trabalho remunerado	Trabalho não remunerado
<i>Reprodutivo (produtivo para a sociedade/capitalismo em geral)</i>	A Administração Pública e trabalho de assistência pública (incluindo ONGs); serviços privados oferecidos individualmente	B Trabalho doméstico (cuidado de crianças, manutenção doméstica etc., incluindo atividades culturais não mercantis)
<i>Diretamente produtivo (para empresas capitalistas individuais)</i>	C Produção de mercadorias incluindo distribuição	D Trabalho de consumo

Fonte: HUWS (2014, p.16)

O trabalho reprodutivo, embora não seja um trabalho diretamente produtivo, participa no processo de acumulação capitalista, valorizando e reproduzindo o capital. O trabalho doméstico e de cuidados, em nossa percepção, se configura como uma das formas que contribuem para o processo de valorização do valor. Vale ressaltar que isso não anula a lei do valor evidenciada por Marx¹³, mas sim a reatualiza e coloca o modo de produção capitalista em outro patamar, no qual tudo deve servir a valorização do valor, incluindo, ao nosso ver, o trabalho reprodutivo.

De acordo com Ferreira (2018), este trabalho reprodutivo envolve tempo, esforços, saberes, energia corporal. Características expressas no processo de gestação, amamentação, cuidados diretos dos corpos físicos, ensino de linguagem e disponibilidade emocional, e é nestes processos citados que o trabalho doméstico (e de cuidados) participa do processo de produção do valor, ao tempo que contribui para a manutenção e reprodução da força de trabalho, a mercadoria mais valiosa para o capital, mesmo que diretamente não gere mais-valor.

A exploração das mulheres ocorre de uma forma particular, pois além de muitas vezes estarem inseridas em trabalhos precários, informais, com menor remuneração, realizam no âmbito doméstico uma gama de trabalhos “invisíveis”. A exploração das mulheres na sociedade capitalista patriarcal é concebida de forma diferenciada, pois no universo da vida privada, é consumido dessas mulheres horas de seu tempo na execução de trabalhos

¹³ “A atual renovação do interesse nas ideias de Marx não é uma exceção. De fato, não é tarefa fácil aplicar conceitos teóricos desenvolvidos em meados do século XIX a um mundo onde o capitalismo penetrou em cada região e em cada aspecto da vida, onde o ritmo da mudança tecnológica é tão rápido, que processos de trabalho se tornam obsoletos meses após serem introduzidos, e onde a divisão do trabalho é tão intrincada que nenhum trabalhador individual tem alguma chance de apreendê-la em toda sua complexidade (HUWS, 2014, p. 13)”.

domésticos com o objetivo de viabilizar condições para garantia de reprodução dos seus familiares.

O caráter invisível e desvalorizado do trabalho faz com que muitas mulheres não se reconheçam enquanto trabalhadoras e, deste modo, não compreendendo sua consciência de classe (CISNE, 2012). Consequentemente, é evidenciada entre as mulheres uma dificuldade na mobilização e organização política, na luta de classes e nas suas expressões como na luta sindical e partidária, tanto pela não identificação muitas vezes enquanto trabalhadora, quanto pela gama de trabalhos que consomem grande parte do tempo delas.

Existe uma unidade dialética entre as estruturas de poder da sociedade capitalista considerando essas como classe, sexo, raça/etnia, e essas categorias estão organicamente interligadas (CISNE, 2014). Outrossim, é importante apontar a condição de enoveladas, correspondendo a um nó, onde a dinâmica de cada dimensão está condicionada à nova realidade, em uma realidade complexa e contraditória (SAFFIOTI, 2004). Contudo, evidenciando que as relações de “raça” e sexo extrapolam o sistema que vivemos, apesar de terem sido incluídas por ele, mas não surgem nem se esgotam nele (CISNE, 2014).

As relações sociais formulam um sistema, mas não exclui as contradições inerentes entre as relações sociais, não existe uma viagem sobre todas as relações sociais envolvidas, mas sim a tentativa de visualizar os entrecruzamentos e as interpenetrações que formam este nó (KERGOAT, 2010).

A opressão está articulada com a totalidade social, com as relações de classe, raça e sexo se reproduzindo e produzindo de forma coextensiva¹⁴, imbricada com o processo histórico e na organização da vida social (FERREIRA, 2017). Não existe uma separação entre dominação patriarcal, opressão racista e exploração capitalista. Desta forma:

As relações sociais são consubstanciais; elas formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica; e as relações sociais são coextensivas: ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e “raça” se reproduzem e se co-produzem mutuamente (KERGOAT, 2010, p.94).

A utilização dos conceitos de “consustancialidade e coextensividade” buscam um entendimento das práticas sociais de homens e mulheres de uma forma não fragmentada e setorizada. Desta forma, compreende de forma não mecânica em suas dimensões de classe, gênero e origem (Norte/Sul) (ibid.).

¹⁴ A coextensividade aponta para o dinamismo das relações sociais, buscando mostrar que elas se produzem e reproduzem mutuamente (KERGOAT, 2010, p. 93).

O pensamento de consubstancialidade não requer que tudo está vinculada a tudo, ele tem relação com uma forma de leitura da realidade que pretende elaborar um entrecruzamento dinâmico e complexo das relações sociais, compreendendo as interações e marcas que uma ocasiona na outra. À vista disto, não podemos concluir que o sistema formado pelas relações sociais não produz uma contradição, não existe uma relação circular, nem uma visualização de todas as relações sociais envolvidas, mas a compreensão da importância de enxergar os entrecruzamentos produzidos nessas realidades concretas sendo individuais ou coletivas (ibid.).

Um bom exemplo a ser apontado é o modo de produção em que estamos inseridos, o capitalismo, que tem uma construção e separação “aparente” das dimensões produtivas e reprodutivas. Ao que denominamos trabalho doméstico, corresponde a uma forma particular do trabalho reprodutivo que não pode ser separada da sociedade salarial (idem., 2009).

Na busca por demarcar as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade, utilizaremos também a categoria patriarcado. Esta é entendida como as relações de dominação, opressão e exploração masculinas na apropriação sobre o corpo, a vida e o trabalho das mulheres (SAFFIOTI, 2013).

O modo de produção capitalista, além de produzir novas desigualdades, se apropria das desigualdades anteriormente existentes ao seu próprio sistema, como é o caso do patriarcado e do racismo. O capitalismo traz novos sentidos, por exemplo, as desvalorizações sofridas pelas mulheres e da população negra como um todo objetivando maiores lucros através de uma superexploração da força de trabalho dessas pessoas que são exploradas, precarizadas e mal pagas (CISNE, 2012)

O tempo do trabalho reprodutivo é subordinado à lógica que o trabalho produtivo necessita. No entanto, o trabalho reprodutivo possui uma lógica de tempo singular, que não corresponde ao mesmo tempo do trabalho produtivo (Ávila, 2009). O trabalho produtivo é permeado por um tempo de começo e término, mas as mulheres, que no âmbito doméstico estão encarregadas do trabalho reprodutivo, seguem em uma rotina exaustiva, ininterrupta, de disponibilidade a qualquer hora e com grande desvalorização (ibid.). Na atualidade temos visualizado uma menor definição de tempo de começo e término do trabalho, com rotinas intensificadas, precarizadas, contínuas. No geral, o trabalho doméstico é invisível quando feito, sua visibilidade é dada na não realização das tarefas (DAVIS, 2016). Os pratos lavados, a casa limpa, a comida feita, ganha dimensão quando não são feitos, a sua elaboração na maioria das vezes passa despercebida no cotidiano.

Desta forma, o tempo das mulheres é definido a partir da relação entre trabalho produtivo e reprodutivo, não constituindo uma dupla jornada¹⁵, pois não configuram uma relação de conciliação, mas a compreendemos enquanto uma jornada de trabalho extensiva, intensiva e intermitente: extensivas por não possuírem um tempo definido, podem perpassar o dia ou à noite, intensivas devido à intensidade do trabalho; e intermitentes, pois não há separação entre trabalho assalariado e trabalho doméstico na vida da trabalhadora (ÁVILA, 2009). No caso das mulheres cuidadoras de pessoas com transtornos mentais o trabalho não é apenas intermitente, ele possui uma continuidade, não há intervalos. As mulheres permanecem em um estado de tensão permanente.

Na utilização do conceito de patriarcado precisamos considerar que as configurações e estruturas deste se modificam no decorrer da história, os diferentes contextos sociais e históricos possuem como consequência diferentes estruturas patriarcais, mesmo que possamos observar diferentes graus de domínio exercidos nas relações entre homens e mulheres, a natureza do fenômeno é a mesma e a base material do patriarcado não foi destruída, ainda que existam avanços femininos seja na área profissional, na política, entre outras. (WALBY, 1990; SAFFIOTI, 2015).

O patriarcado se configura como “sistema de estruturas e práticas pelos quais os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres” (WALBY, 1990, p. 20). Demarcando as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade e “não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração” (SAFFIOTI, 1987, p. 50).

Sendo uma tarefa necessária entender as desigualdades de forma articulada, pois elas são inseparáveis e se transformam a partir de um processo simbiótico de um sistema de exploração–dominação denominado de patriarcado-racismo-capitalismo, a não adoção da lógica de priorização se justifica por algo relevante em nosso método, a visualização da realidade concreta, e é nesta que podemos observar uma simbiose entre eles (ibid.).

O patriarcado enovelado com as categorias de classes sociais e racismo vêm apresentar não apenas uma hierarquia entre os sexos, mas apresenta uma contradição de interesses. Neste sentido, a preservação do *status quo* consulta com frequência os interesses dos homens, compreendendo que as transformações no sentido da igualdade social entre homens e mulheres respondem sobretudo as pretensões dos homens (idem, 2015).

¹⁵ A definição em jornadas duplas, triplas, anteriormente defendida já não contempla o tempo de trabalho das mulheres, como bem pontua Ávila (2009).

Heleieth Saffiotti foi uma das primeiras estudiosas brasileiras que, fazendo uso do método dialético, realizou a análise da opressão-exploração das mulheres considerando a particularidade do contexto das economias dependentes (FERREIRA, 2017). A autora compreende que patriarcado, capitalismo e racismo produzem e reforçam desigualdades e se configuram de forma diferente em cada momento da história.

Considera o patriarcado como um sistema anterior ao capitalismo, sendo um dos mais antigos sistemas de dominação na história das relações sociais humanas, que até hoje é mantido (ibid.). Os interesses entre as categorias não são apenas conflitantes, mas correspondem a interesses contraditórios, não é suficiente a ampliação do campo de atuação das mulheres através de sua inserção em posições econômicas, políticas, religiosas etc., tradicionalmente reservadas aos homens.

Seja qual for à profundidade da dominação-exploração da categoria mulheres pela dos homens, não há uma mudança concreta na natureza do patriarcado, ela continua a mesma (SAFFIOTTI, 2015). Desta forma, concluímos que a contradição não encontra solução neste regime, ela exige transformações radicais no sentido da preservação das diferenças e da eliminação das desigualdades, pelas quais é responsável a sociedade capitalista (ibid.).

O trabalho doméstico é visto frequentemente como uma atividade do âmbito privado, no entanto, quando essas mulheres estão suprindo as necessidades de familiares, filhos, maridos, elas também estão beneficiando, mesmo que não de forma aparente, os empregadores ou futuros empregadores dessas pessoas (DAVIS, 2016).

No caso das mulheres que cuidam de pessoas com transtornos mentais de forma não remunerada, estão suprindo necessidades que deveriam ser garantidas via serviços de saúde mental, assistência social, cultura, lazer, educação, na busca do compartilhamento dos cuidados, compreendendo o trabalho de cuidados como um problema de caráter coletivo e público.

A problemática dos cuidados da população tem se tornado um tema mais frequente nos estudos, no entanto enquanto políticas sociais públicas o Brasil pouco avançou, tendo mais expressividade no que diz respeito ao cuidado de crianças e adolescentes. Ressaltamos que as mulheres continuam sendo protagonistas no sucesso de ações e programas governamentais voltados para saúde, saúde mental, assistência social, crianças e adolescentes, sendo corresponsáveis por muitas dessas ações (DUQUE-ARRAZOLA, 2008).

A divisão sexual do trabalho, o patriarcado e a divisão sexual do poder reafirmados e consolidados através da categorização do sexo tem uma funcionalidade de reforço dos trabalhos de cuidados como uma tarefa executada de forma quase exclusiva pelas mulheres,

extraindo grande parte da responsabilidade Estatal e dos homens pela sua execução e suprimindo inúmeras lacunas presentes nas redes de cuidados para pessoas com transtornos mentais, entre outros grupos que necessitam de cuidados como idosos, crianças, pessoas com deficiências, entre outros.

É a partir das múltiplas determinações que envolvem o trabalho reprodutivo que iremos nos esforçar em compreender o trabalho de cuidados e sua inserção no trabalho doméstico cotidiano das mulheres da classe trabalhadora, caracterizando esse cuidado provido pelas mulheres no âmbito das famílias às pessoas com transtornos mentais e como o Estado tem utilizado desta força de trabalho para se desresponsabilizar da ampliação das redes de serviços, reforçando o processo de austeridade, sucateamento e focalização das políticas sociais de forma geral, intensificadas na conjuntura nacional de ultraconservadorismo, neoliberalismo e neofascismo¹⁶.

3.5 Cuidados e família: aspectos teóricos e conceituais da crítica feminista

Nos últimos anos, tem sido amplo o campo de estudos que tratam da questão do trabalho não remunerado das mulheres e as pesquisas direcionadas aos trabalhos de cuidado têm ganhado atenção especial. As discussões sobre o cuidado têm ocupado um espaço importante e crescente, foram inseridas, inclusive, nas pautas dos organismos internacionais, nas produções acadêmicas e nas pautas do movimento feminista (HIRATA, 2010; MARCONDES, 2013).

Esse tipo de trabalho, ao nosso ver, pode ser exercido tanto de forma remunerada com os trabalhos formais ou informais de cuidados, quanto no âmbito da família de forma não remunerada. As autoras que aqui tomamos como base têm se debruçado nas pesquisas que buscam entender a atribuição majoritariamente das mulheres ao trabalho de cuidados e, desta forma, discorreremos sobre o cuidado e os debates que permeiam esta categoria.

As teorias referentes ao cuidado têm se desenvolvido no mundo anglo-saxão desde os anos de 1980, sendo que em um primeiro momento as pesquisas dialogavam sobretudo com o cuidado direcionado às crianças (HIRATA, 2010).

As reflexões em torno da conceituação do cuidado ainda necessitam de mais desenvolvimento, principalmente no que é referente ao sincretismo teórico, uma vez que esta tendência utiliza de contribuições decorrentes das mais distintas matrizes político-ideológicas, muitas vezes sem elaborar uma crítica sobre os limites e possibilidades desses arranjos

¹⁶ Para aprofundamento consultar Demier (2020).

(MARCONDES, 2013). Assim, tornam muitos estudos sobre o cuidado, do ponto de vista teórico, ecléticos.

Na realidade brasileira, as elaborações sobre cuidado não estavam relacionadas à área da sociologia, mas aos estudos da enfermagem e gerontologia. Este fato pode ser compreendido a partir da relação da temática com as questões relativas à saúde, compreendendo que essas disciplinas estão mais relacionadas ao tema do que a própria ciência política, sociologia, economia, filosofia. No entanto, é importante considerar o caráter multidimensional e transversal do conceito de *care* e a necessária perspectiva interdisciplinar (HIRATA, 2010). A autora ao falar sobre *care* relata que o termo possui uma multiplicidade de sentidos e significados, podendo ser traduzido em: “cuidado, solicitude, preocupação com o outro, estar atento a suas necessidades, todos esses diferentes significados estão presentes na definição do *care*” (ibid. p.43).

Segundo Hirata (2010, p.48), *care* é uma relação social que possui como objeto uma outra pessoa. Neste sentido, fazer com que outra pessoa continue com saúde exige alimentá-lo, deixar a casa limpa e agradável, lavar roupas – todas essas atividades podem fazer parte do trabalho de *care* (ibid.).

O cuidado é historicamente atribuído às mulheres e se configura como parte significativa do trabalho reprodutivo e podem assumir a forma de trabalho não pago, dedicado aos membros da família, ou de trabalho pago feito para outras pessoas (SORJ, 2010).

As atividades de cuidado não remunerado são executadas majoritariamente por mulheres que desenvolvem no âmbito doméstico a manutenção das pessoas que vivem naquele espaço e são dependentes do cuidado — como é o caso de crianças, idosos e pessoas doentes, ou apenas serem adultos que são beneficiados pelo trabalho dessas mulheres.

Alguns dados de levantamento sobre o mundo do trabalho realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram bem esse cenário de divisão sexual do trabalho. No ano de 2018, a estrutura produtiva brasileira tinha um grande número de trabalhadores em serviços domésticos, 6,2 milhões, onde 5,8 eram mulheres, enquanto 458 mil eram homens, sendo a ocupação com maior disparidade em relação à distribuição de homens e mulheres (IBGE, 2019).

Os dados mostram ainda as disparidades quanto a raça/cor e escolaridade. A presença de pretos e pardos é majoritariamente vista nos serviços domésticos (65,1%), sendo estes serviços os com menores rendimentos médios, equivalente a pouco mais de 40% do rendimento médio total das atividades. Esta atividade também apresenta o segundo maior percentual de ocupados sem instrução ou com o nível fundamental incompleto ou equivalente,

além de ser a segunda atividade que mais concentra pessoas em situação de informalidade (72,2%) entre as mulheres é a ocupação com maior taxa de informalidade no mercado de trabalho (73,1%) (IBGE, 2019).

Seja na execução do trabalho doméstico no âmbito familiar ou nas profissões ligadas ao cuidado, como nas áreas do cuidado e trabalho doméstico, pedagogia, enfermagem, serviço social, técnico de enfermagem, em todas essas profissões há uma maior presença de mulheres. Quanto menor a remuneração, valorização social e informalidade, maior é a concentração em especial de mulheres e de mulheres negras. Em síntese, as mulheres estão desempregadas em maior proporção do que os homens nas atividades remuneradas, possuem os menores rendimentos e são as mais afetadas pela informalidade e suas consequências relacionadas à ausência de proteção social, sendo as mulheres negras as mais afetadas. “O desemprego feminino é maior do que o masculino na maioria dos países industrializados, e as mulheres são majoritárias no desemprego oculto pelo desalento” (HIRATA, 2016, p. 5).

No nível internacional, as mulheres têm sempre os salários mais baixos quando comparado aos dos homens, tendo uma desigualdade também entre os salários de homens negros e brancos, e entre mulheres negras e brancas (HIRATA, 2016). Tais constatações reforçam a defesa de que as categorias de classe, raça e gênero estão imbricadas. Essas desigualdades não afetam apenas a questão salarial, mas perpassam pela segregação profissional, a informalidade dos empregos, precariedade, posições hierárquicas e repartição do trabalho doméstico (ibid.).

Enquanto humanos genéricos, todos precisamos de cuidados, seja na infância, velhice, ao contrair alguma doença ou por outras situações (PASSOS, 2018). O cuidado de outras pessoas, sobretudo quando estamos falando de pessoas em vulnerabilidade geracional ou de saúde, esteve sempre no que denominamos de trabalho doméstico não remunerado, integrando uma importante parcela do trabalho destinado para a reprodução humana e social. Neste sentido, compreendemos que há uma indissociabilidade entre o trabalho doméstico e de cuidados, pois a gama de atividades que correspondem o cuidado é compatíveis com os trabalhos domésticos.

Reconhecemos a relevância da análise das particularidades que estão relacionadas a atividade de cuidados como por exemplo: a carga emotiva, a necessária disponibilidade emocional, a incontornabilidade destas tarefas em comparação a outras. Consideramos que o trabalho doméstico historicamente e atualmente possui, sobretudo entre a classe trabalhadora, um conjunto de atividades relacionadas a reprodução diária das pessoas, a manutenção e

provisão de suas mais diversas necessidades nas dimensões emocional, física e material (ibid.).

Deste modo, a abordagem que utilizamos, considera que não há separação entre os trabalhos domésticos e de cuidados, pois a atividade de cuidados com as pessoas faz parte de uma das dimensões do trabalho doméstico. Sendo assim, a prática social do trabalho doméstico envolve questões objetivas e subjetivas e exige conhecimentos técnicos e sensibilidade humana (ÁVILA, 2008).

A indissociabilidade levantada entre trabalhos domésticos e de cuidados pode ser justificada por alguns pontos: o primeiro diz respeito à prática concreta das tarefas de cuidados e do trabalho doméstico que dificilmente são separadas; em segundo lugar, e por determinação da primeira, os (as) sujeitos (as) que o realizam são os (as) mesmos (as) (FERREIRA, 2017)

De acordo com Ávila (2008), o trabalho doméstico se configura como uma forma de servidão que insere as mulheres em um estado permanente de heteronomia quanto o planejamento de seu cotidiano, estando às mulheres sempre à disposição para prover os cuidados dos outros (as), tanto das demandas materiais quanto das afetivas. A servidão presente no trabalho doméstico significa uma disponibilidade a qualquer hora do dia ou da noite, as mulheres neste sentido se mantem em um estado de vigília para com as necessidades domésticas e de familiares (ibid.p. 105).

Essa disponibilidade ininterrupta das mulheres impacta na sua inserção em outros ambientes, como é o caso do lazer, do trabalho assalariado, autocuidado, dos espaços de formação e educação, entre outros. As mulheres estão submetidas às demandas do cotidiano familiar e as demais atividades precisam ocupar um espaço de flexibilidade em relação ao *continuum* que é cuidar.

A manutenção do espaço, que envolve desde a limpeza, organização, reorganização, arrumação, de acordo com os fins (dormir, comer etc.), com diferentes tempos associados, variantes de acordo com as condições de moradia; a manutenção e restauração corporal, que envolve preparação da alimentação, em diferentes momentos do dia, de acordo com o número, geração, insumos disponíveis, especificidades de saúde e, ainda, a provisão dos suprimentos necessários (compra, armazenamento), a higienização do vestuário (lavar, passar, organizar etc); e ainda, em grande parte dos arranjos, o cuidado material de outras pessoas, dependentes e/ou autônomas, de uma mesma ou de diferentes gerações. Certamente, outras tarefas escapam; e as contingências, como adoecimentos, podem exigir uma redefinição do conjunto, com a expansão das tarefas (FERREIRA, 2017, p. 106 - 107).

Em todas as regiões do mundo o trabalho doméstico apareceu como um trabalho majoritário de mulheres, no entanto, sabemos que sua relação se conforma de forma diferenciada nos países, com maior ou menor grau de desassistência ou de horas de trabalho (HIRATA, 2016). Na especificidade do Brasil, a pesquisa desenvolvida sobre “Uso do Tempo” (PNAD/IBGE, 2018) mostra que as mulheres brasileiras gastam uma média de 21,3 horas de sua semana com tarefas domésticas, já os homens 10,9 horas.

As elaborações e pesquisas sobre o uso do tempo possuem essencial relevância para conseguirmos analisar a desigualdade na execução dos trabalhos domésticos entre homens e mulheres, no entanto, também compreendemos as dificuldades em captar toda a gama de atividades realizadas no cotidiano do trabalho doméstico.

De acordo com Cresson (2006) entendemos que o volume de trabalho doméstico é variável e imprevisível. Esta autora desenvolve a categoria do trabalho doméstico em saúde, extremamente importante para o nosso estudo, pois concordamos quando a mesma enfatiza a mudança de rotina quando uma pessoa querida da família fica doente, os cuidados são intensificados, especialmente se esta doença é crônica ou requer intervenções específicas. Em estado de adoecimento de familiares, quem se responsabiliza por eles precisa ter certa flexibilidade, disponibilidade para enfrentar essas variações, normalmente disponibilidades atribuídas ao papel de mãe (CRESSON, 2006).

Esse cuidado envolvido por uma disponibilidade sem limites é um papel comumente relacionado às atribuições e papéis femininos da mãe, filha e esposa, o que não está presente nas atribuições masculinas. Os homens possuem todas as condições naturais para executar esses trabalhos, porém são isentos das atribuições todas as vezes que ao seu redor esteja presente uma mulher com tempo disponível, que não tenha impedimentos decorrentes dos seus outros papéis (ibid.). O cuidado é, portanto, uma tarefa do âmbito natural e que se sobressai a qualquer outra atividade desenvolvida por esta mulher em sua vida.

Outro aspecto relevante atribuído ao papel de cuidado é que a relação de cuidado no âmbito da família é comumente considerada como expressão da afetividade e amor. Estimulando desta forma outros sentimentos como o senso de responsabilidade, sentimento de dívida, compaixão e muitas vezes também atrelado a pressão social que tende a responsabilizar o parente próximo pelo cuidado da pessoa dependente (ibid.).

As mulheres são essas cuidadoras não remuneradas das crianças, dos idosos, das pessoas adoecidas. Apesar da crescente ampliação dos estudos referentes à temática do cuidado e da posição exaustiva que a mulher ocupa neste trabalho, as produções que articulam o cuidado da pessoa com transtorno mental ainda são poucas em estudos sobre divisão sexual

do trabalho. Partes das elaborações sobre o cuidado estão atreladas as questões de saúde, mas temos visualizado uma expansão e interligação dos problemas de cuidado com os problemas de saúde pública, questões econômicas, sociais e políticas, como continuaremos abordando no tópico seguinte.

3.5.1. Para entender a relação entre família e cuidado

As determinações e demandas de cuidado no âmbito familiar se modificam e, no contexto do Estado neoliberal, a importância e sobrecarga da família na reprodução se intensificam. Entendemos que “a família emerge, nesse modo de produção, como a esfera onde se expressa de modo mais intenso a imbricação entre patriarcado e capitalismo, como sistemas que se co-produzem mutuamente” (HAICAULT; COMBES, 1986, p. 28 *apud* FERREIRA, 2017).

“O capital é um sistema com clara identificação das mediações, com claros objetivos de subordinação de todas as funções reprodutivas sociais, como as relações de gênero familiares, à produção material e cultural” (NOGUEIRA, 2011, p. 165). Neste sentido, Nogueira (2011), aponta os elementos constitutivos dos sistemas de mediação de segunda ordem e que tem a família nuclear identificada como um “microcosmo” da sociedade, que, além de ter a função de reprodução dos seres humanos, há uma participação em todas as relações produtivas do “macrocosmo” social, inclusive servindo como uma mediadora das leis do Estado, sendo parte essencial na reprodução do próprio Estado.

A família está imbricada a outras instituições que estão a serviço da reprodução capitalista, dos seus valores e ocupam papel relevante em relação a essas outras instituições e as dimensões da vida, como é o caso das igrejas e das instituições de educação formal. Para vislumbrar esse papel familiar, podemos rememorar quando vivemos processos de grandes dificuldades e perturbações na sociedade, sendo exemplificada com o aumento da criminalidade das cidades onde os porta-vozes do sistema atual na política responsabilizam as famílias pelas “disfunções” e expressando a necessidade de retorno aos valores tradicionais de família para resolução de tais problemas que são estruturais (MÉSZAROS, 2002). Podendo ser exemplificado pelo avanço do conservadorismo e o retrocesso dos direitos sociais que visualizamos no atual governo de Jair Messias Bolsonaro, onde existe um clamor de parte da sociedade pelo retorno da família tradicional brasileira com forte subordinação das mulheres.

As condições de hierarquia e dominação que vêm sendo questionadas historicamente na luta pela emancipação das mulheres não podem ser atingidas sem que se desafie a

autoridade do capital tanto no “macrocosmo” do metabolismo do capital, quanto no “microcosmo” da família nuclear, que possui um caráter autoritário pelas funções determinadas dentro do capital e por seu sistema incontestável de valores (ibid.). Nesta medida, Mézaros (2002) conclui que a igualdade dentro do âmbito familiar só seria viável se a igualdade também fosse realidade no que o autor chama de “macrocosmo” social, o que não é possível. Sendo esta a razão primordial que define a tipologia de família dominante que se constitui de forma hierarquizada e autoritária.

Desta forma, o trabalho doméstico realizado no espaço familiar, seu núcleo central, sobretudo no contexto brasileiro de subordinação a divisão internacional do trabalho e que não vivenciou um Estado de Bem-Estar, também se estende a outros espaços da reprodução social, como é o caso dos serviços públicos de saúde, assistência social, educação, lazer, entre outros. É necessário que a energia, o tempo e as habilidades dispensadas pelas mulheres em sua relação com as instituições sejam considerados como parte do trabalho de reprodução social realizado por elas (FERREIRA, 2017).

Podemos utilizar como alguns desses exemplos a política de saúde e a apropriação do tempo de trabalho das mulheres na dimensão da atenção básica, que é o foco do estudo de Ferreira (2017) – que tomamos como referência central em nosso debate —, ou mesmo a relação da responsabilização das mulheres no sucesso de algumas políticas de transferência de renda como é o caso do Programa Bolsa Família.

A família, para Bruschini (1989), é formada por pessoas de diferentes idades, personalidades, sexo e diversas posições, com ligações formuladas por parentesco ou dependência que estabelecem relações conflituosas e de solidariedade. A família é unidade de reprodução social quando observamos os aspectos econômicos e de produção de relações sociais, por suas trocas afetivas e de reprodução ideológica.

Ao mesmo tempo é necessário desenvolvermos um olhar atento às considerações sobre as famílias ao longo do desenvolvimento da sociedade, pois existem mudanças relevantes em relação ao perfil familiar e também onde o estudo se localiza. Afinal, estamos falando de um país situado no continente Sul-americano e que não possuiu o desenvolvimento de um Estado de Bem-Estar Social, que é demarcado pelo aspecto colonial em sua formação sócio-histórica e neste sentido, é importante pensarmos de qual família estamos falando e como ela se expressa na particularidade do Brasil.

Segundo dados do IBGE de 2010, o tamanho das famílias brasileiras vem decaindo ao longo dos anos. Em 1981 o número médio de pessoas por família era de 4,3, já em 2011 esse número caiu para 3,1, esse declínio significativo pode ser atribuído à queda da taxa de

fecundidade¹⁷. Enquanto em 1960 a média era de 6,3 filhos por mulher, em 2010 esse número caiu para 1,86, inferior, portanto, à taxa de reposição da população de pelo menos dois filhos por casal (GELINSKI; MOSER, 2015)

Além dos dados, cabe destacar outro aspecto fundamental que perpassa a discussão acerca da família: as diferenciações a partir das classes. Em termos metodológicos, a “família” permaneceu e ainda é visualizada e compreendida a partir de uma lógica de família das classes médias e altas e, evidentemente, as configurações familiares não são da mesma ordem para uma mulher da burguesia e para uma mulher de classe trabalhadora (KERGOAT, 2010). Apesar das promissoras teorizações marxistas dos anos de 1980 em relação à divisão sexual do trabalho, não existe muitos estudos que se debruçaram sobre as desigualdades entre homens e mulheres inseridas em famílias das classes populares e dos trabalhos desenvolvidos pelas mulheres no interior dessas famílias.

Quando falamos de pessoas com demandas de saúde, a família por muito tempo não possuiu papel valorizado nesse cuidado. Conforme afirma Cresson (2006), realizando uma revisão das coleções de textos ou manuais da sociologia da medicina das décadas de 1960 e 1980, a família é pouco referenciada.

Segundo a autora, houve uma mudança no papel ocupado pela família influenciadas por três aspectos: mudanças nas teorias e formas de analisar as práticas de cuidado, as experiências pessoais e coletivas, e os movimentos sociais; evolução da relação entre medicina e sociedade e, por fim, os problemas decorrentes do financiamento (CRESSON, 2006).

A crise no financiamento é visualizada por nós como um fator de grande relevância para a mudança da estrutura do cuidado na sociedade:

Uma crise no financiamento da seguridade social gradualmente impôs uma redistribuição de tarefas e papéis entre profissionais e leigos. O trabalho doméstico para cuidar das famílias custa muito menos, quando não é simplesmente gratuito, do que o dos profissionais. O uso de hospitalização em casa, a redução da duração das internações, tudo o que os quebequenses designam pela expressão "mudança no atendimento ambulatorial", só é possível se houver uma pessoa disponível em casa, ou de qualquer forma, menos parentes, uma comitiva, uma família próxima à pessoa doente. (CRESSON, 2006, p. 10)

Outrossim, ao mesmo tempo em que o cuidado com crianças, adultos e idosos foi sendo direcionado às famílias sem questionamentos por demandas mencionadas anteriormente, no que diz respeito ao cuidado em saúde tem ganhado mais espaço nas últimas

¹⁷ O nível da fecundidade é dado pela taxa de fecundidade total, que fornece o número médio de filhos que teria uma mulher, ao final de seu período fértil (IBGE, 2010, p.44)

décadas, o que Cresson (2006) vai denominar de trabalho doméstico em saúde. Uma forte justificativa para essa mudança é devido a movimentações de esposas de usuários de cuidados e dos movimentos ligados à antipsiquiatria.

Tradicionalmente o cuidado é visto como uma atividade privada e referente ao espaço familiar, a sua transformação em problema de caráter público seria um dos componentes mais evidentes do que denominam de “problema contemporâneo dos cuidados” (GROISMAN, 2017). Com o desenvolvimento do Welfare State na Europa, os cuidados com a família foram sendo considerados como um problema social e não exclusivamente privado, considerando os cuidados com a saúde, educação infantil e atendimento aos idosos (SORJ, 2010).

Como já mencionado no tópico onde nos debruçamos sobre o Estado, no Brasil não vivenciamos o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social como nos países Europeus. Além disso, nos países de capitalismo dependente ainda podemos analisar outras particularidades e o atraso da inserção do cuidado enquanto um problema coletivo e público. Nacionalmente fica evidente uma produção maior dos cuidados com a população idosa crescente, pela inversão da pirâmide etária e desaceleração da natalidade, atrelada a um aumento da expectativa de vida.

Paralelamente a essa ampliação da população idosa, vivenciamos a contrarreforma da previdência que impacta diretamente na qualidade de vida da classe trabalhadora e também na sobrecarga das mulheres no cuidado de idosos, além da Emenda Constitucional Nº 95 que limita os gastos públicos em saúde, segurança, educação, entre outros, em um contexto em que a população necessitará de saúde.

Mota (2012) aponta que a privatização dos serviços estimula que os (as) trabalhadores (as) retirem parte dos seus salários para comprar seguros e planos privados populares de saúde, pagamento de previdência privada e da educação, que no caso das mulheres dos países periféricos, além das duplas jornadas de trabalho, são forçadas a executar parte das atividades domésticas, um conjunto de afazeres que deveriam ser de responsabilidade pública, como é o caso dos cuidados.

No Brasil, tivemos um processo de construção das políticas sociais públicas como parte de um movimento contraditório da intervenção do Estado em sua forma capitalista para a reprodução social, por um lado atendendo aos interesses das forças sociais e produzindo consensos em torno de uma sociedade, evidentemente ordenada por uma lógica patriarcal, sexista e capitalista (FERREIRA, 2017).

O consenso não pode ser visualizado como descolado das forças representadas pelas classes ou frações de classe, sendo o consenso sempre a representação de um acordo possível, resultante de um embate. Se a derrota for de todos ou não saírem vitoriosos de forma plena, é inegável que alguns perdem mais que os outros (DANTAS, 2017).

De acordo com Ferreira (2017), na hegemonia neoliberal o direito se converte a uma questão de acesso, de expansão de cobertura a uma população já restrita, e a universalização resulta em uma cobertura focalizada a pessoas pobres. Diante disto, a implementação focalizada e precária tem como sustentação dos processos de cuidado uma apropriação do tempo das mulheres dos setores mais pauperizados, intensificada em contextos como o caso de pandemias. Atualmente estamos vivenciando desde o ano de 2020 a pandemia de COVID-19 que tem demonstrado o quanto é essencial o cuidado seja ele não remunerado como remunerado.

Como já apontado neste trabalho, a luta da Reforma Sanitária por um sistema universal de saúde desde seu nascimento encontra uma série de dificuldades impostas pelo neoliberalismo pulsante. Nos países de capitalismo dependente latino-americano, existe uma imposição de contrarreformas econômicas e políticas, e esse movimento impactou inegavelmente a luta por saúde pública, estatal e de qualidade. Compreendemos também que a luta pela Reforma Psiquiátrica e Sanitária estão situadas em um mesmo cenário nacional e não podem ser visualizadas apenas como a conquista do SUS¹⁸. Entendemos, a partir dessas determinações, que a fragilidade do Estado na garantia de uma saúde pública em perspectiva ampla (para além do espaço hospitalar) e de qualidade, nos serve de mediação para analisar o exponencial tempo gasto pelas mulheres nos trabalhos de cuidado, no caso de nosso estudo, de pessoas com transtornos mentais.

3.5.2 O cuidado de pessoas com transtornos mentais

No que concerne ao cuidado com pessoas com transtornos mentais, também passamos por um grande retrocesso legal diante do incentivo financeiro às comunidades terapêuticas, que não representam um modelo de cuidado, mas de instituições que promovem exclusão, exploração do trabalho e violência, além da ampliação e centralidade dos hospitais psiquiátricos na política de saúde mental. No contexto atual, visualizamos a diminuição da

¹⁸ Neste sentido, podemos citar a Reforma sanitária como grande exemplo de transformação de caráter de movimento social para conquista institucional, as pautas da Reforma Sanitária foram progressivamente reduzidas à conquista institucional do Sistema Único de Saúde. Na publicação da Fiocruz, Dantas (2017) se debruça sobre como e por quais meios a aposta do movimento de Reforma Sanitária adere a dimensão da institucionalidade e como essa adesão o transformou em um movimento acomodado e divergente ao seu projeto original.

possibilidade de o usuário contar com uma rede territorial de suporte e incentivo a sua autonomia, e de divisão de cuidados com as suas famílias. Outro elemento que ganha destaque entre os retrocessos é o desfinanciamento dos CAPS, em paralelo com o financiamento de comunidades terapêuticas.

O cuidado destinado a pessoa com sofrimento mental deve ocorrer de forma preferencial em serviços extra hospitalares, que privilegiem a não internação em hospitais psiquiátricos, sendo estes substituídos progressivamente por uma rede de serviços baseados no território (BRASIL, 2011).

O modelo de atenção que os movimentos em defesa do direito à saúde defendem é baseado em uma construção de concepção dinâmica e histórica que contemple a complexidade do fenômeno saúde-doença, sendo espaço de escuta, acolhimento, atenção à crise, com equipe multiprofissional e que defende a extinção dos hospitais psiquiátricos, pois estes representam segregação (SOUSA; JORGE, 2019). A Reforma Psiquiátrica não pode ser confundida com uma mudança nos serviços de saúde, pois possui uma natureza mais ampla, sendo um processo civilizatório, que constrói dispositivos diferentes de cuidado, diversifica ações se inserindo e formulando uma rede com o território, modifica as formas de sociabilidade, é um movimento político, impregnado de uma outra ética e não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2010).

Com o intuito de efetivar a Reforma Psiquiátrica foi sendo construída no SUS uma rede de serviços que acolhessem as propostas da chamada lei de Reforma Psiquiátrica e é neste sentido que atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é organizada e composta por inúmeros dispositivos e estruturada a partir de eixos de atenção, como podemos melhor visualizar a partir do quadro:

Quadro 2 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

COMPONENTES	SERVIÇOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Centro de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI)
	Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII)
	Centro de Atenção Psicossocial III (CAPSIII)

	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD)
	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III (CAPS AD III)
	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi)
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
	Sala de Estabilização
	Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto-Socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto. Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.
	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.
Atenção Hospitalar	Serviço de Atenção em Regime Residencial
	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral.
	Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico
	Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda.

Fonte: Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>.

Em que pese essas questões, queremos nos debruçar sobre a funcionalidade que as famílias têm ocupado nessa Rede. Antes disso, é importante lembrar que hegemonicamente se opera com uma visão familista sobre o social, responsabilizando às famílias pelo cuidado das pessoas dependentes, desresponsabilizando o Estado de suas atribuições. Essa perspectiva é denominada de "ideologia do familismo", e é comumente associada ao modelo de Estado de Bem-Estar social conservador (GROISMAN, 2017).

Neste caso, restam às famílias e às pessoas com transtornos mentais o modelo asilar ou a desassistência, o modelo asilar é baseado na tutela, na hierarquia entre trabalhadores e usuários e no afastamento dos internos em relação à sociedade (BASAGLIA, 2005). O provimento deste cuidado à pessoa com transtorno mental muitas vezes é posto em uma dimensão dos extremos: essas pessoas são inseridas em espaços asilares onde seus direitos são violados de diversas formas, ou existe uma grande omissão do Estado em serviços

substitutivos. Essa baixa responsabilização do Estado é ocasionada também por um processo de consolidação das políticas sociais por meio do familismo.

O familismo foi impulsionado, sobretudo, pelo processo de contrarreforma do Estado ocorrido nos anos de 1990 que modificou a proteção social. O familismo resulta da compreensão da proteção social proveniente das unidades familiares, desta forma, a família seria responsável pela manutenção da vida e o bem-estar dos seus integrantes (MIOTO, 2008). Desta forma, existe a necessidade de participação da família, do Estado e da comunidade no cuidado, no entanto, muitas vezes o cuidado se realiza apenas na dimensão da família e não há uma responsabilização compartilhada, mas sim um direcionamento para a família de todos os encargos do cuidado da pessoa com transtorno mental.

O projeto defendido pelo movimento de Reforma Psiquiátrica se fortalece na garantia ao usuário de uma rede de atenção de base territorial, que perpassa os vários níveis de atenção – atenção básica, atenção hospitalar, reabilitação psicossocial, entre outros, conforme idealizado na RAPS e demonstrado no quadro 2.

A oferta de serviços destinados às pessoas com transtorno mental ainda é precária, principalmente no que diz respeito a serviços de atenção integral e contínua, de funcionamento 24h, aos centros de convivência e de reabilitação psicossocial, leitos em hospitais gerais, entre outros dispositivos recomendados na Portaria 3.088 de 2011 que institui a RAPS.

Em nosso trabalho, pensamos o cuidado com a participação da família¹⁹, mas o compreendendo enquanto uma prática social, decorrente dos entrelaçamentos do nível microsocial, se configurando enquanto as relações internas à unidade familiar com o nível macrosocial representado pelo Estado e o mercado, nos quais são reguladas as demandas sociais por cuidado. E é nesta teia que o familismo se constrói, abarcando uma rede de mulheres que, no interior das famílias, articulam o fornecimento das necessidades. É também nessa relação que a corresponsabilização do Estado vai se consolidando enquanto um caminho possível, resultando na desfamiliarização e desmercantilização do cuidado na busca pela sua democratização (MARCONDES, 2013).

Neste sentido, a corresponsabilização do Estado de forma efetiva não se reveste de ajuda ou apoio às mulheres, mas a mudança da perspectiva dos direitos, reconhecendo que

¹⁹ O trabalho de saúde doméstica possui grande relevância para a manutenção das atividades dos profissionais de saúde que seria rapidamente impossível, pois este trabalho profano se constrói no cotidiano e, por exemplo, sem a observação dos sintomas da criança pelos pais, a atividade dos pediatras seria dificultada, se não impossível. Sem esse trabalho as internações se fariam mais necessárias e longas, as pessoas idosas ou doentes não encontrariam acomodações, e nosso sistema de Seguro Social estaria em falência (CRESSON, 2006).

existem os direitos e deveres universais a cuidar e a ser cuidado. E isso se efetiva, como defendemos, mediante a construção de políticas sociais via Estado para a consolidação dos direitos sociais (MARCONDES, 2013).

Apontando alguns aspectos sobre a crise de cuidados na especificidade das pessoas idosas, na sociedade capitalista, os cuidados de idosos sempre esteve em crise, podendo ser destacada dois aspectos relevantes para essa crise: a primeira é pela desvalorização do trabalho reprodutivo no capitalismo e a segunda pelos idosos não serem vistos como pessoas produtivas. Nas sociedades pré-capitalistas as pessoas idosas eram valorizadas por serem consideradas as detentoras da memória e da experiência, já na sociedade capitalista são extremamente desvalorizadas – desta forma, existe uma dupla relação de desvalorização: cultural e social (FEDERICI, 2019).

Elaboramos um paralelo entre a desvalorização do trabalho de cuidados de pessoas idosas e das pessoas com transtornos mentais, pois estas não são inseridas, na maioria dos casos, no trabalho assalariado e, neste sentido, no trabalho que se costumou chamar de produtivo, conseqüentemente essas não participam da produção do mais valor, o saldo apropriado pelos grandes capitalistas.

O trabalho reprodutivo é comumente associado ao lugar do não trabalho, mas diferentemente dos cuidados executadas no âmbito familiar, que está diretamente ligada a reprodução da força de trabalho, na especificidade das pessoas idosas, deficientes, ou com transtornos mentais, a não existência de reconhecimento é reforçada, pois a ocupação absorve valor, mas não o reproduz (FEDERICI, 2019). Além da particularidade que em geral, os idosos, em algum momento, foram “produtivos” para o capitalismo e contribuíram, se empregados, para a produção do mais valor, e contribuíram com a acumulação do capital, mesmo sendo, na velhice, pessoas descartadas pela sociedade. Já as pessoas com transtornos mentais e com alguma deficiência que os incapacitem ao trabalho, são desprovidas de valor no sistema capitalista, pois dificilmente irão contribuir no ciclo de exploração. O financiamento destinado ao cuidado dessas pessoas é distribuído de forma austera, mínima, em uma lógica de políticas pobres para pobres.

A divisão sexual do trabalho contribui para reforçar que o trabalho de cuidados é uma tarefa de mulheres, tendo em vista a desresponsabilização do Estado na formulação de políticas para os cuidados da população. Este tema continua a ter seu debate postergado por não ser considerado prioritário e preponderantemente relegado ao mercado (GROISMAN, 2017). O acesso a serviços de cuidado via mercado exclui as mulheres da classe trabalhadora, pois estas não conseguem pagar por esses serviços e mesmo quando pago são executados por

outras mulheres em sua maioria negras em trabalhos com alto grau de exploração e informalidade.

Para finalizar esse tópico, queríamos enfatizar uma contradição central nessa discussão: como vimos, as configurações da rede de atendimento às pessoas com transtornos mentais têm como sustentáculo uma apropriação do tempo das mulheres, este que é dedicado ao trabalho de cuidado. Em outros termos, *pari passu* a desresponsabilização do Estado ocorre uma responsabilização das mulheres por esse tipo de trabalho. E como podemos constatar acima, isso tem relação com as determinações históricas e estruturais patriarcais, que impõe à vida das mulheres a responsabilidade pelo “cuidar dos seus e, por vezes, dos outros” e pelo trabalho doméstico. Aprofundaremos esse debate a seguir, particularmente analisando a realidade na qual realizamos nossa pesquisa.

4 MÉTODO

A escolha do método na elaboração de um estudo implica uma determinada perspectiva do sujeito que está desenvolvendo a pesquisa e a relação com o objeto, para que consiga extrair suas múltiplas determinações do real, sendo importante a manutenção da indissociável conexão entre a elaboração teórica e a formulação metodológica (NETTO, 2011). O estudo foi estruturado partindo da dinâmica da realidade, considerando os elementos que fundamentam o método materialista histórico-dialético: totalidade, historicidade e contradição.

Nossa escolha por esse método ocorreu porque entendemos que por meio deste os fenômenos sociais não são compreendidos de forma isolada. Estes têm conexão com uma totalidade, além de ser necessário o desvelamento das contradições internas da realidade, que refletem um enfrentamento permanente das várias classes sociais que a compõem. Buscamos, na trilha do que formulou Kosik (1976) sobre a “dialética do concreto” para se referir ao método de Marx, desvelar a aparência fetichizada do fenômeno que nos propusemos a estudar, buscando, assim, o conhecimento de sua autêntica objetividade, recorrendo a história e a teoria.

O nosso objeto de estudo, as consequências do cuidado a pessoa com transtorno mental na vida das mulheres, foi analisado a partir da realização de técnicas de pesquisa, sendo estas a pesquisa bibliográfica (livros, teses, dissertações, artigos, entre outros) e empírica (entrevista semiestruturadas).

A pesquisa bibliográfica nos coloca em contato com os materiais que já foram produzidos sobre a nossa temática, viabilizando um maior aprofundamento teórico e uma cobertura mais ampla dos fenômenos estudados (GIL, 2002). Nosso objetivo com a pesquisa bibliográfica foi evidenciar o papel do Estado no cuidado as pessoas com transtornos mentais, sendo realizada por meio de livros e artigos através da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio dos descritores Mulheres, Cuidado e Saúde Mental.

A pesquisa empírica, realizada através de entrevistas semiestruturadas com as mulheres atendidas no CAPS, foi sistematizada por meio da transcrição, leitura e catalogação dos dados. Também utilizamos diário de campo onde registramos as impressões durante a coleta de dados, sendo uma fonte legítima de informações para enriquecimento da análise (MINAYO, 2012). Para entendimento do que seriam entrevistas semiestruturadas (Apêndice

A), recorreremos à obra de Minayo (2001; 1999), que aponta ser esta uma técnica privilegiada de comunicação, podendo ser realizada a partir do diálogo a dois ou com vários entrevistados. Objetivando construir informações para a pesquisa, as entrevistas podem ser estruturadas e não-estruturadas, as não estruturadas baseiam-se em uma abordagem livre do tema proposto e as estruturadas possuem perguntas previamente formuladas, no nosso caso, trabalharemos com a articulação entre as duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semiestruturadas.

Buscamos, desta forma, uma maior aproximação com a realidade das mulheres cuidadoras, objetivando caracterizar quem são as sujeitas do cuidado e analisar o cuidado provido pelas mulheres no âmbito das famílias e as suas consequências, a partir das percepções das mulheres sobre o cotidiano do cuidado em sua vida, além de visualizar de que forma este se apresenta no trabalho doméstico. As participantes foram as mulheres cuidadoras de familiares com transtorno mental e usuários (as) atendidos no CAPS pesquisado.

4.1 Desenho do Estudo

Pesquisa de natureza exploratória fundamentada em uma abordagem qualitativa e que se configura enquanto um estudo de caso. De acordo com Yin (2001), esse tipo de estudo é utilizado para analisar acontecimentos contemporâneos dentro de seu contexto de realidade e, sobretudo quando os limites entre fenômenos e contextos não são facilmente definidos, possuindo grande contribuição nos estudos dos fenômenos sociais, políticos, organizacionais e individuais buscando observar os diversos fatores presentes na dinâmica social estudada.

4.2 Período do Estudo

O estudo se desenvolveu nos anos de 2018 a 2021, no município de Recife, capital do estado de Pernambuco.

4.3 Local do Estudo

Realizamos a pesquisa empírica no CAPS tipo II José Carlos Souto. O CAPS foi escolhido por considerarmos maior possibilidade de acesso, pela inserção neste serviço da RAPS da Secretaria de Saúde do Recife durante o estágio da residência multiprofissional em 2016 e por selecionarmos serviços que atendem pessoas com transtornos mentais dos mais variados tipos.

Os CAPS fazem parte da RAPS conforme estabelecido pela Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, são serviços substitutivos que integram a política de saúde mental. As primeiras experiências de CAPS no Brasil datam do ano de 1987, 15 anos antes de sua regulamentação com a portaria de 2002. Atualmente, segundo o Plano Municipal (2018-2021), a RAPS do município é composta por diversos equipamentos, entre eles 17 CAPS, sendo quatro CAPS Tipo II.

O CAPS tipo II possui capacidade para atendimento de população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. As principais atividades realizadas no CAPS são: atendimento individual, atendimento em grupos, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias com enfoque na integração dos usuários (as) do serviço na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

A cidade de Recife, para organização da cobertura da população aos serviços de saúde, territorializa os serviços por meio de oito distritos sanitários, organizando as áreas geográficas de acordo com características sociais e epidemiológicas. As informações sobre os serviços estão disponíveis no Plano Municipal da Cidade do Recife (2018 - 2021). O CAPS José Carlos Souto está localizado no Distrito Sanitário II, que possui uma população de 235.045 mil habitantes e tem como área de cobertura os bairros de Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro e Dois Unidos.

4.4 População do Estudo

A população deste estudo se delimitou às mulheres cuidadoras de familiares com transtornos mentais que frequentam o CAPS José Carlos Souto. A aproximação com o espaço onde as mulheres cuidadoras sujeitas da pesquisa estão inseridas ocorreu inicialmente na realização de estágio obrigatório no CAPS José Carlos Souto e posteriormente na construção do trabalho de conclusão da residência, o que contribuiu para assegurar a viabilidade da pesquisa empírica. O acesso às entrevistadas da pesquisa aconteceu por meio dos (as) profissionais dos CAPS, as mulheres estavam inseridas no serviço enquanto cuidadoras de usuários (as) e aguardando atendimento no espaço do CAPS e conforme chegavam para atendimentos eram questionadas se gostariam de participar da pesquisa.

O critério de inclusão utilizado para a participação na pesquisa foi de mulheres²⁰ familiares de usuários (as) vinculados (as) ao CAPS José Carlos Souto, que exerçam o cuidado no âmbito familiar, e que possuíam mais de 18 anos de idade. Como critério de exclusão, não pôde participar da pesquisa mulheres cuidadoras remuneradas ou que não possuíam vínculo familiar com a pessoa usuário (a) do serviço, além das mulheres que não aceitaram participar da entrevista ou não concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.5 Coleta de dados

As entrevistas foram aplicadas após a aprovação do projeto de pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco, nos meses de fevereiro e março de 2020. Foi dialogado com a coordenação do CAPS com o objetivo de compreender a atual dinâmica do serviço, que na ocasião, estava em processo de reforma estrutural. A partir do diálogo com a coordenação estabelecemos a coleta de dados considerando as particularidades de funcionamento do serviço.

Os atendimentos estavam sendo realizados por meio de agendamento prévio para atendimentos individuais dos usuários e usuárias que já estavam sendo acompanhados pelo serviço e também estavam sendo realizados atendimentos advindos de demanda espontânea para acolhimento e primeiro atendimento de novos usuários(as), pois o CAPS se configura como um serviço denominado de portas abertas, o termo portas abertas significa que o usuário(a) pode acessar o serviço de diversas formas, por meio de encaminhamentos elaborados por outros pontos da rede de saúde ou demais serviços e também por indicações realizadas pela comunidade. Por indicação da equipe de trabalhadores realizamos a coleta de dados no turno da manhã, quando estava concentrada a maior quantidade de pessoas, em uma sala de espera, em busca de atendimentos e informações sobre o serviço.

Ressaltamos que as entrevistas foram realizadas em dias que as mulheres acessaram o serviço para atendimentos com equipe multiprofissional, consultas médicas, antes ou depois de suas atividades, objetivando a não alteração da dinâmica do serviço ou da entrevistada. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisado e registradas em gravador de áudio, posteriormente os dados coletados passaram pelo processo de transcrição também realizado

²⁰ . Não foram incluídas mulheres transexuais como objeto de estudo, por considerarmos a necessidade de refletir sobre outras complexidades relacionadas à identidade de gênero, o que não é nosso objetivo. Todavia, na realidade estudada essa particularidade não foi expressa.

pela pesquisadora e foram organizados por meio de tabelas e quadros, utilizando o programa Excel e Word 2013, e mantidos sob a guarda da pesquisadora, autora da pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Segundo Kosik (1976), captar o fenômeno de determinado objeto significa questionar e descrever como a coisa em si se manifesta e se esconde no fenômeno. Para esse processo, em nossa pesquisa, construímos uma matriz de sistematização de dados empíricos, fazendo relação com os elementos teóricos que destacamos ao longo de nosso trabalho. Essa matriz estava dividida por temas centrais que foram formulados a partir dos elementos que encontramos na realidade estudada. Entre os temas destacamos: mundo do trabalho, raça e etnia, adoecimento mental das cuidadoras, mudanças na vida, lazer, cuidados em saúde, rotina de um dia, entre outros.

Feita essa divisão, elaboramos uma segunda matriz analítica com o objetivo de definir dentre as transcrições realizadas quais trechos respondiam os objetivos do trabalho e evidenciavam a imbricação com a compreensão teórica que utilizamos. Posteriormente fizemos nossas formulações acerca dos elementos destacados, utilizando, principalmente, os elementos teóricos que deram base a pesquisa.

4.7 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco, tendo como base as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatizam pesquisas envolvendo seres humanos – a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas, e a Resolução do nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as normas para desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

As aplicações das entrevistas só iniciaram após a obtenção da carta de anuência, emitida pela Prefeitura do Recife, autorizando o desenvolvimento da pesquisa; o contato prévio, no próprio serviço, e a leitura e entendimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela participante, sendo esta informada quanto aos objetivos da pesquisa e de sua participação voluntária, podendo a entrevistada recusar participação ou interromper a qualquer momento a entrevista, bem como solicitar esclarecimento de suas dúvidas.

Todos os dados coletados estão sob a responsabilidade apenas da pesquisadora do projeto, estão armazenados em pendrive e em computador, e os papéis em pasta plástica

resistente. Não foram publicados nomes ou quaisquer outras informações que possibilitariam a identificação das participantes, para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados.

O estudo envolveu riscos relacionados aos questionamentos causarem desconforto, constrangimento ou falta de identificação com as perguntas e com a proposta da pesquisa. As participantes foram informadas que poderiam optar por não responder as perguntas ou desistir da participação na pesquisa, sem ocasionar penas, perdas de benefícios ou prejuízo no atendimento do familiar no serviço. Durante toda a pesquisa, as sujeitas receberam informações quanto ao objetivo do estudo, além da garantia do sigilo sobre qualquer identificação pessoal das participantes. Não realizamos procedimentos invasivos, que ocasionaram risco físico, econômico, social ou cultural.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com sete mulheres, familiares de pessoas com transtornos mentais usuárias e usuários do CAPS José Carlos Souto, em Recife-Pernambuco. Todas as mulheres estavam na sala de espera do CAPS para consulta psiquiátrica e todas elas exerciam papel central no cuidado dos familiares. A presença dessas mulheres como acompanhantes já nos indicou que eram as responsáveis pelo acompanhamento dos seus familiares usuários do serviço de saúde.

Primeiramente é necessário expor alguns elementos da coleta dos dados, realizamos duas visitas em dias alternados ao serviço, com o objetivo de entrevistar as mulheres que estariam no CAPS. Nos aproximávamos das mulheres e explicávamos qual era o objetivo da pesquisa e que ela seria realizada em uma sala privativa do serviço, além de deixar evidenciado que poderiam desistir a qualquer momento da participação e que a negativa não teria influência nos atendimentos do CAPS.

Das mulheres que conversamos sobre a pesquisa três não aceitaram participar do estudo e alegaram estar cansadas ou ocupadas, pois precisavam ir a outros serviços da rede. Uma mulher aceitou participar da pesquisa, mas quando iniciamos as perguntas ela desistiu e saiu da sala. Das sete mulheres que aceitaram e responderam a entrevista duas deixaram explícito que não teriam mais de dez minutos para as respostas. Apesar das resistências iniciais quando começávamos a realizar os questionamentos elas pareciam ficar tranquilas em relação ao tempo e falavam livremente sobre os questionamentos. No final da entrevista, uma das mulheres solicitou que posteriormente à finalização da pesquisa fosse feito o retorno dos resultados, pois ela estava interessada. Consideramos que o retorno da pesquisa ao local de coleta de dados se constituiu como uma etapa importante nos estudos empíricos.

Nestas entrevistas buscamos compreender as influências do cuidado de pessoas com transtornos mentais na vida das mulheres e buscamos elementos para caracterizar o cuidado que essas mulheres exercem no cotidiano de seus domicílios. Inicialmente foram indagadas características sociodemográficas a fim de conhecer o perfil das entrevistadas, tais como estado civil, idade e escolaridade e, posteriormente, adentramos nas dificuldades das atividades executadas no dia a dia, mudanças de rotina, dimensões da vida social, cuidado com o familiar e consigo, além da relação com o serviço em questão²¹.

²¹ O roteiro utilizado para o desenvolvimento da entrevista semiestruturada está disponível no Apêndice A.

Para sistematização da pesquisa, alguns eixos centrais foram escolhidos na entrevista e facilitaram a visualização desses impactos na vida das mulheres cuidadoras. Desta forma, as transcrições das entrevistas e a posterior organização dos dados foram elaboradas a partir dos elementos encontrados na leitura das entrevistas. Entre os temas destacaremos: mundo do trabalho, raça e etnia, adoecimento mental das cuidadoras, mudanças na vida, lazer, cuidados em saúde, rotina de um dia, entre outros. Neste sentido, os dados da pesquisa serão apresentados a partir do roteiro de entrevista e dos elementos que se desvelavam nas falas das entrevistadas.

5.1 Características gerais das entrevistadas

Primeiramente, destacamos o vínculo de parentesco das mulheres cuidadoras com os usuários atendidos no CAPS, a idade dessas mulheres e o gênero dos usuários. Observamos que a mais jovem cuidadora tinha 39 anos e a mais velha 79 anos. Das nossas entrevistadas, quatro são idosas (Quadro 3).

A maioria das pessoas que recebem cuidados dos familiares são homens, sendo quatro homens e três mulheres e possuem diferentes parentescos sendo: esposa, mãe, sobrinha, avó e irmã. (Quadro 3). Em relação ao adoecimento dos familiares, existe uma dificuldade na compreensão de qual o adoecimento que o familiar possui. Algumas descrevem de forma geral: “O meu marido, ele... ele é..de mental [...] é uma depressão direto” (ENTREVISTADA 5), enquanto outras relatam: “Sei não, tô esquecida” (ENTREVISTADA 7).

Desta forma sendo visualizada uma dificuldade na definição de qual o adoecimento do familiar e compreendemos que essa dificuldade também exista na forma de cuidar e lidar com o desconhecido: “O médico disse que ele não tinha condições de trabalhar e problema mental né? Ele tinha esquizofrenia, parece” (ENTREVISTADA 2), enquanto a entrevistada 3 relata: “Sei. O caso é a overdose, não é? A utilização do medicamento e o transtorno emocional [...] Borderline” (ENTREVISTADA 3).

A entrevistada 1, em um dos momentos de crise de seu familiar, chamou a polícia e foi a partir deste momento que descobriu o adoecimento do mesmo, como podemos constatar na fala a seguir:

[...] todo dia quando eu chegava do trabalho as pessoas ficavam me procurando pra fazer queixa dele. E ele não parava. Aí eu comecei a chamar a polícia pra ele. Porque até então eu não tinha noção da doença. [...] Eu descobri há um ano e dois meses mais ou menos que ele é esquizofrênico [...]o policial disse: não, a gente vai levar vocês. Tu não dissesse logo que ele era doido, trouxe logo pra cá. Aí eu disse: sim, e eu tô dizendo que ele é doido? A delegada que tá mandando, eu nem sabia.

[...] Ele não é anêmico, não é hipertenso, não é diabético, não tem colesterol alto, não é aidético, não tem nada. Que lá fazem tudo, né? Os exames. E ele não tem nada, a não ser esse transtorno (ENTREVISTADA 1).

No caso da Entrevistada 6, foi relatado que mudou de cidade para cuidar da mãe quando a mesma adoeceu e, posterior ao falecimento da mãe, se responsabilizou pelo cuidado da irmã e é mais uma das cuidadoras que não compreendem o adoecimento que a irmã possui:

Ela toma remédio para os nervos. São cinco remédios, tem um e mais os outros, mas ela só é doente mental, [...] ela vivia nos cuidados da minha mãe, tá entendendo? Só que minha mãe faleceu, entendeu? Eu vim pra cá pra tomar conta da minha mãe, só que minha mãe faleceu aí eu fiquei tomando conta dela e do meu irmão (ENTREVISTADA 6).

Quadro 3: Características sociodemográficas das entrevistadas e seus familiares:

ENTREVISTADA	01	02	03	04	05	06	07
PESSOA DE CUIDADO	Homem	Homem	Mulher	Mulher	Homem	Mulher	Homem
PARENTESCO	Sobrinha	Avó	Mãe	Mãe	Esposa	Irmã	Avó
IDADE	39	79	62	53	65	42	71
ESTADO CIVIL	Solteira	Viúva	Solteira	Divorciada	Casada	Solteira	Solteira
RELIGIÃO	Não possui	Católica	Católica	Testemunha de Jeová	Protestante	Evangélica	Não informada
ESCOLARIDADE	Ensino Superior Completo	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Superior Completo	Ensino Médio completo	Não informada	Ensino Médio completo	Ensino Fundamental incompleto
RAÇA/COR	Branca	Preta	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda
RENDA	2 a 3 salários	Até um salário mínimo	4 a 5 salários	2 a 3 salários	Sem renda	Não Informado	Até um salário
TRABALHO	Recepcionista	Trabalhadora informal	Terapeuta	Agente de Saúde	Não trabalha	Diarista	Não trabalha
PESSOAS POR MORADIA	Não mora na mesma casa	5	3	3	2	6	3
PROGRAMA ASSISTENCIAL	Programa Bolsa Família	Não	Não Informado	Não	Não	Benefício de Prestação continuada	Benefício de Prestação continuada

Fonte: A autora, com base nos dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas.

Vale destacar que em nosso instrumental foram adotadas as categorias estabelecidas de raça/cor, de acordo com as determinações do IBGE, no entanto, durante a realização das entrevistas dados importantes sobre esse indicador surgiram.

Foram cinco entre sete entrevistadas que se declararam pardas, uma entrevistada se autodeclarou preta e uma entrevistada branca, agrupando 6 das 7 mulheres ao grupo de pretas e pardas (Quadro 3). Contudo, no desenvolvimento de suas respostas apontam questões importantes. A entrevistada 5 relata: “considero queimada do sol, porque eu sou branca, ó. Eu sou clara. Isso aqui é o sol que me queima, mas eu sou marronzinha, eu sou moreninha. [...]”

Parda. Escurinha (ENTREVISTADA 5)”. As pessoas não brancas na sociedade brasileira — cuja marca é o racismo —, em muitas situações, buscam a aproximação com a identidade branca. A entrevistada no momento mostrava as partes de seu corpo que não eram expostas ao sol com o objetivo de fundamentar e reafirmar sua resposta e, por fim, conclui que é parda.

Esse dado de pesquisa, ao nosso ver, evidencia a dificuldade de reconhecimento da identidade negra, que não é algo isolado no Brasil, mas sim histórico. Isto porque há uma ideia colonial, que é fortemente difundida na formação social brasileira, de um processo necessário de branqueamento da sociedade, ocorrendo também por meio de mestiçagem do qual resultará a dissolução da diversidade racial e cultural e a homogeneização da sociedade brasileira. Neste contexto, existe uma “predominância” biológica e cultural branca e o desaparecimento dos elementos não brancos. O brasileiro seria constituído por uma mestiçagem biológica e ideológica e, por isso, a negação do “ser negro” (MUNANGA, 1999).

Na formação histórico-social brasileira essa “negação” se expressa também na tentativa de, desde a época colonial, afirmar uma política de fragmentação da identidade negra objetivando a divisão para que conseguissem melhor dominar os povos, desconstruindo um processo de solidariedade entre negros e mestiços. Através da fragmentação, poderiam “evitar” a formação de possíveis conflitos raciais presentes em outros países e a ideologia de branqueamento manteria o poder no segmento branco (ibid.).

A mestiçagem que se configurou no Brasil foi defendida por Gilberto Freyre como um processo benéfico e vantajoso, consolidando a partir de seu pensamento o mito da democracia racial. O mito originário da sociedade brasileira foi configurado em três raças: a negra, a branca e a índia e é a partir desse triângulo que vão surgindo no Brasil às misturas. As misturas também foram reproduzidas no campo cultural se configurando como outra mestiçagem e é a partir dessas misturas que foi sendo articulado lentamente no país o mito da democracia racial (ibid.).

Essa ideia de democracia racial bastante difundida no Brasil defende uma falsa harmonia entre as pessoas pertencentes a classes sociais e étnicos diferentes, permitindo que a classe dominante impulse uma falsa ideia de igualdade de oportunidades e as pessoas não brancas não se reconhecem em processos de racismo e afins, o que entendemos ser expresso nas falas das entrevistadas de nossa pesquisa.

Ao não se reconhecerem enquanto pessoas negras, as entrevistadas acabam por reafirmar, por desconhecimento, os interesses hegemônicos brancos e uma suposta democracia racial que, de fato, não tem concretude em uma sociedade com marcas históricas escravocratas e senhoriais, como estudado por Fernandes (1978).

A entrevistada 3 relata: “Meu registro diz branca, mas eu me considero parda, né? Porque, inclusive, sou filha de mãe negra e a família, assim, mista, como todo brasileiro, né? Tem essa etnia (ENTREVISTADA 3) ”. Enquanto a entrevistada 1 reafirma o não pertencimento a um grupo étnico específico, no entanto, reafirma a sua aproximação de identificação como branca:

Eu acho que todo mundo aqui é mestiço né? Ninguém tem raça definida. Mas no registro tem branca. Inclusive, quando vou me inscrever em algum lugar eu boto branca por causa do registro que tem branca. Pra depois não ocasionar transtorno (ENTREVISTADA 1).

Evidenciamos na pesquisa o que é parte da construção da identidade racial brasileira, aquela baseada de acordo com a elite econômica e política. No Brasil, a proposta de branqueamento tem a mestiçagem como uma das etapas de branqueamento e se constitui como uma peça central da ideologia racial do Brasil (MUNANGA, 1999). Mesmo que, em que pese esses elementos, a luta do movimento negro no Brasil, enfatize a construção de uma identidade para que os grupos sociais determinados de pardos, mulatos e morenos possam solidarizar-se com os negros, sem que suas conquistas sejam atribuídas a uma aproximação do grupo branco.

Uma das mulheres entrevistadas era casada e realizava o cuidado de seu marido e outra possuía um relacionamento, as demais eram solteiras, viúvas ou divorciadas (Quadro 3). No Brasil, é fundamental mencionarmos o dado que indica que as mulheres tomam a frente das demandas familiares e domésticas: entre 20 por cento e 25 por cento das famílias são chefiadas por mulheres sozinhas, sendo de responsabilidades dessas mulheres também os encargos do trabalho doméstico (MORAES, 2000). Apesar do aumento das famílias monoparentais com a chefia de mulheres, devemos considerar o abandono paterno das famílias com pessoas com transtornos mentais. A maternidade possui um critério biológico, fisiológico, já a paternidade possui um critério social que pode ser denominado putativo (COLLIN; LABORIE, 2009).

5.2 Trabalho e renda

Em relação à renda das mulheres entrevistadas, a entrevistada 5 não possuía renda e também não era beneficiária de nenhum programa assistencial, três mulheres mencionaram vinculação a programas da assistência social sendo eles o Benefício de prestação Continuada

(BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF). O BPC corresponde à garantia de um salário-mínimo por mês para pessoas com algum adoecimento mental ou pessoa idosa com sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir condições de prover a sua manutenção ou de ser provida por sua família e o PBF é destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza, em ambos os casos destinados a famílias com renda mensal igual ou inferior a quarta parte do salário mínimo (BRASIL, 2005).

A entrevistada 7 e a entrevistada 6 mencionaram que a família recebia (BPC). No caso da entrevistada 7 a beneficiária era a própria cuidadora, pois ela tinha 71 anos e correspondia ao perfil necessário, já a entrevistada 6 a beneficiária do BPC era sua irmã que recebia cuidados pelo adoecimento mental. A entrevistada 1, relata que o seu familiar tinha sido recentemente beneficiado pelo programa bolsa família: “Saiu agora. No momento, ele tá recebendo só o bolsa família, que é R\$89,00 [...] chegou a carta pra poder a gente ir lá, né? Depois de alguns meses, acho que mais de um ano” (ENTREVISTADA 1).

Outro elemento que destacamos no estudo realizado diz respeito ao trabalho, em relação à esta dimensão, quando questionadas, duas mulheres não possuíam trabalho primeiro pela idade avançada e o segundo aspecto pela necessidade do cuidado com os familiares. A entrevistada 5, por exemplo, realizava trabalho doméstico informal na casa de terceiros e afirmou: “Não trabalho não. Não aguento mais não, trabalhar não. Eu já trabalhei quando era mais nova em lavagem de roupa, mas agora faço mais nada (ENTREVISTADA 5)”. Já a entrevistada 7 relata ter trabalhado na coleta de materiais recicláveis: “Não, já trabalhei muito puxando carroça, reciclagem (ENTREVISTADA 7)”. As demais estavam distribuídas, sobretudo, no mercado informal, nos serviços e profissões de saúde, no trabalho doméstico remunerado, ambulante e nos sistemas de vendas diretas (Quadro 3). As entrevistadas mencionaram dificuldades para conciliação entre o trabalho de cuidados e o trabalho remunerado. Vejamos abaixo:

Olha, eu sou diarista, então, meu coisa depende muito se eu tiver faxina, tá entendendo? [...] Meu esposo tava trabalhando, mas ficou desempregado, mas se Deus quiser ele vai arrumar um trabalho, mas fica assim fazendo um bico de pedreiro quando aparece um servicinho. Aí eu falei, então, a gente não tem uma renda totalmente física, assim, completa, de coisar, mas quando ele tava trabalhando, era o salário dele com as minhas diárias que assume as coisas em casa [...] Como minhas filhas sabem as necessidades e as carências que tenho com meus irmãos, que eu já falo assim, eu não vou trabalhar cedo, eu saio só assim de manhã, depois de dar o café dela, dar as comidas dela, minhas filhas ficam olhando, tudinho, que eu pego no meu trabalho de 11h (ENTREVISTADA 6).

Além das mulheres cuidadoras, outras pessoas da família também estão inseridas em trabalhos informais, precários, parciais, temporários e sem garantias trabalhistas, o que se constitui como a tendência atual das relações de trabalho adensadas pela reforma trabalhista e da previdência. Desde a década de 1990 que os níveis de informalidade ampliaram trabalhos desprovidos de direitos, sem carteira de trabalho, desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial, são essas as características da classe que vive do trabalho no Brasil (ANTUNES, 2008). Os trabalhadores e trabalhadoras acabam aceitando qualquer trabalho para que seja garantido minimamente a sua sobrevivência e de suas famílias.

Essas mulheres tentam construir estratégias para que se possa garantir a continuidade do trabalho remunerado e ao mesmo tempo suprir com as demandas de cuidado. Um relato semelhante é o da entrevistada 1, esta que não consegue garantir o acordo com o serviço e acaba faltando a consulta do seu familiar:

Eu trabalho como secretária no Hospital [...] Tipo, eu trabalhei o domingo de carnaval e a terça pra poder conseguir a folga de hoje. [...] tudo bem que esse mês assim eu falhei, mas também eu trabalhei praticamente o mês todo, de domingo a domingo, e nos sábados eu tava muito cansada (ENTREVISTADA 1).

Outro dado importante acerca das dificuldades de conciliação entre trabalho e cuidado é que se nota que essas mulheres encarregadas das demandas de cuidado, por vezes, cuidam de mais de uma pessoa da família: “Eu sou servidora pública municipal [...] Sim. Das duas. Tanto pra cuidar da minha mãe quanto pra cuidar da minha filha. (ENTREVISTADA 4)”.

A entrevistada 2 relata sua inserção nos sistemas de vendas diretas como uma fonte de renda necessária para suprir o mínimo para a reprodução social familiar: “Eu vendo cosmético né? Vendo Natura, vendo Avon, e nos finais de semana eu faço mungunzá pra vender, que é muito pouca a renda né? (ENTREVISTADA 2)”. O sistema de vendas diretas, que tem grande presença de mulheres, possibilitam às mulheres dar continuidade ao trabalho doméstico e de cuidados. Este tipo de inserção informal de trabalho, segundo o estudo sobre as revendedoras ou consultoras da Natura, feito por Abílio (2014), é marcada por uma ausência de forma definida de trabalho que se relaciona estreitamente com o discurso contemporâneo e em expansão do empreendedorismo. Ademais, constitui uma atividade precária devido à baixa remuneração, ausência de garantias trabalhistas e sua constituição como uma das formas de ocupação das mulheres em um processo denominado de polivalência precária. No estudo, a autora aponta que mais de 95% das consultoras são mulheres, submetidas a diversos modos da informalidade e em uma combinação entre “trabalho regular e trabalho ocasional” (ibid.).

O trabalho precário, sem carteira assinada, nem direitos trabalhistas, é uma dimensão de ainda mais destaque no contexto de pandemia no qual essa dissertação é finalizada. São as mulheres que ocupam majoritariamente os trabalhos informais (IBGE, 2019) e, conseqüentemente, estão mais descobertas, além de constituírem a maioria das profissionais de saúde e o maior número de profissões ligadas ao cuidado também no âmbito remunerado.

5.3 Características do cuidado e suas influências na vida das mulheres

Neste momento, traremos elementos de caracterização do cuidado provido pelas mulheres e a influência desse trabalho de cuidados na vida das mulheres que cuidam. O cotidiano dessas mulheres é repleto pelo trabalho doméstico não remunerado e relatam a ausência de tempo mesmo entre as mulheres aposentadas, sem trabalho remunerado – em situação de desemprego ou donas de casa. Neste trabalho não remunerado destinado para reprodução social, é realizado um *continuum* entre casa, entorno e serviços de saúde (FERREIRA, 2017).

Em determinado momento da entrevista as mulheres são questionadas sobre possuir tempo livre e o que geralmente fazem nesse tempo. O tempo livre escasso dessas mulheres é majoritariamente preenchido por outros trabalhos ou por breves momentos de descanso: “Quando eu to parada? Me sento pra descansar as minhas pernas e quando eu me sento ele me chama, é me chamando” (ENTREVISTADA 7) e “[...] nesse tempo livre eu sempre me deito um pouquinho pra descansar, né? Me sento. Sentada um pouquinho” (ENTREVISTADA 2).

Destacamos também o momento de religiosidade que ocupa um tempo da maioria dessas mulheres e é apontado como uma dimensão importante. Entre as 7 entrevistadas, 5 relatam possuir religião, sendo as mais frequentes católica e protestante (Quadro 3):

Nas falas das entrevistas analisamos a incorporação da religião no cotidiano de suas vidas como espaço de socialização, solidariedade e conforto na situação que essas mulheres estão submetidas:

O único tempo livre que eu tenho é quando eu vou pra igreja, fia, que quando eu tô em casa é cuidar, lavar roupa, varrer quintal, limpar as coisas, e andar pra médico pra mim e pra ele. E dormir nos hospital, dormir não, passar a noite todinha sentada pra poder marcar uma ficha de cinco horas da manhã pra quando começar a abrir sete horas começam a dar as fichas, aí é que eu deixo ele dormindo em casa e vou pras filas, marcar médico pra mim, ortopedista, problema desses ossos aí, essa dor de estômago, agora tô com uma hérnia por aqui a fora, para piorar mais a situação, o meu marido tá com um caroço embaixo do braço, Deus me perdoe, to achando que ta com um problema, apareceu pequeno, sumiu, apareceu maior, é sério né? (ENTREVISTADA 5)

Bom, o meu tempo hoje está muito restrito, né? Então, no momento em que eu tenho condições, eu volto pra melhorar minha mente. Então eu busco situações que tragam que sejam prazerosas pra mim, como por exemplo, cuidar do jardim [...] Então eu vou a missa, eu procuro me conectar com Deus (ENTREVISTADA 3).

As mulheres que trabalham de forma remunerada fora do domicílio organizam seu tempo entre os trabalhos realizados no âmbito doméstico e os fora dele. Na maioria das situações o momento de folga do trabalho remunerado representa uma disponibilidade para dar conta das demandas de saúde dos familiares e do trabalho doméstico não remunerado.

Tempo livre assim, eu não tenho, na verdade, tá entendendo? Eu não tenho tempo livre. O meu tempo, pronto, agora, ela fica em casa com as minhas filhas, né? Já tomou banho, foi pra almoçar, aí eu falei pra ela que num instantinho voltava, porque eu tenho que resolver os problemas. Tinha que vir aqui, pra ela passar pela triagem, né? Pra ela fazer a avaliação dela novamente, aí daqui pronto, eu já vou buscar um resultado de exame da minha filha, que eu preciso, aí eu tô aproveitando o dia, né? De folga que eu tô tendo. Que eu não tive a diária, aí resolvo sempre as coisas (ENTREVISTADA 6).

Há uma anulação do próprio sofrimento para que as demandas familiares sejam executadas, não tendo tempo nem para a vivência da tristeza, do desânimo, etc. ocasionada pela dependência das pessoas para a reprodução de suas vidas:

O tempo livre é pra cuidar delas duas, cuidar da casa, porque se eu não fizer os afazeres de casa, a comida, principalmente, o café da manhã, o almoço, e a janta que são a principais refeições, depende de mim. Se eu tiver com depressão, triste, porque... Dias que eu tô assim, que eu tô me sentindo triste. Tem dias que eu tô chorando, a lágrima caindo, tomando café e a lágrima caindo. Porque eu tenho, e eu tenho consciência disso. Aí às vezes não da vontade de fazer nada, e elas ficam sem comer se eu não fizer. Entendeu? Aí o tempo que eu tenho é pra fazer as coisas dentro de casa, ou então tá acompanhando uma delas pra médico, pra isso (ENTREVISTADA 4).

Tempo livre, ultimamente, tá meio difícil. Mas, assim, eu visito alguém que eu gosto, eu as vezes vou pra alguma excursão desses do Sesc que é um dia só, vai e volta, pelo menos pra distrair [...] Mas não é sempre não. Tipo, carnaval mesmo, antigamente eu brincava, hoje não saio pra canto nenhum. Eu trabalhei, trabalhei e trabalhei (ENTREVISTADA 1).

Essas mulheres dedicam grande parte do tempo para os trabalhos domésticos, as atividades ligadas ao cuidado de si ou dos familiares e abdicam de antigos hábitos, gostos, vontades, vida sexual, amorosa e política. São isoladas e mantidas no espaço privado (com a exceção das idas a igreja), sem convívio de outras pessoas, renunciando e sacrificando dimensões de sua vida.

As mulheres da pesquisa são inseridas em rotinas intensivas, extensivas e contínuas. Sobre isso, existe uma grande dificuldade dos estudos de compreender do que se trata o tempo

dessas mulheres no cotidiano, quanto tempo é gasto, o que é realizado. Desta forma em nosso instrumental queríamos nos aproximar da rotina diária dessas mulheres e como estavam preenchidos seus dias.

As mulheres entrevistadas têm uma rotina que inicia bem cedo e terminam bem tarde, no caso da entrevistada 6, divide sua rotina entre o trabalho não remunerado e o trabalho remunerado precário:

Eu acordo de manhã cedo, eu já vou pedir pra ela se levantar, pra ela tomar banho, que ela toma banho assim, tudinho, eu sempre averiguo ela pra tomar banho, aí levo ela pra tomar café, pra não ficar sem comer, pra tomar a medicação. Aí ela toma medicação certa, aí eu dou o lanchinho dela, entre 10/10:30, aí depois disso eu vou já indo pra casa, mas depois que eu dou o café tudinho dela, eu já vou agilizando o almoço, já deixo o almoço já ok, que é pra minha filha pegar e dar a comida pra ela. Aí minha filha dá a comida dela na hora do almoço (ENTREVISTADA 6).

Também analisamos o acesso precário das mesmas aos serviços básicos essenciais, na trilha do que pontua Ferreira (2017), que as mulheres são marcadas ou ritmadas pelo acesso precário e intermitente aos serviços básicos essenciais do que denominamos como política de promoção a saúde, como neste caso o saneamento básico (FERREIRA, 2017). A entrevistada não possui acesso diário ao abastecimento de água, constituinte do tripé do saneamento básico, conjuntamente com a coleta de lixo e esgotamento: “[...] E quando tem água em casa eu já vou dormir mais tarde porque boto todas as roupas pra lavar, tudinho, e vou fazer as coisas” (entrevistada 6).

A entrevistada 4 é Agente Comunitária de Saúde, profissionais inseridos nas unidades de saúde que são moradores dos territórios cobertos pela atenção básica e trabalham norteados pela promoção e prevenção da saúde com intervenções territoriais. O Programa Saúde da Família foi desenvolvido a partir dos Programas Agentes de Saúde e Programa Agentes Comunitários de Saúde, presentes nos anos de 1980-1990 na região Nordeste, com amplo financiamento do Banco Mundial, baixo custo e alto impacto nos indicadores de saúde. Este Programa é a expressão da conversão do tempo improdutivo das mulheres da classe trabalhadora como um recurso disponível para o Estado utilizar na implementação de políticas de saúde (FERREIRA, 2017).

Hoje mesmo eu cozinhei banana, cozinhei ovos, fiz o café, coloquei tudinho lá na mesa. Gosto de frutas, a fruta, o mamão, o melão, eu gosto de ter fruta no café da manhã que é importante, né? Aí vou pro meu trabalho, que eu sou agente comunitária de saúde. Aí eu vou fazer as visitas. Como a gente é cobrado só pelo quantitativo de visitas, então eu me esforço em fazer as visitas todas na parte da manhã, entendeu? Aí volto pra preparar o almoço porque nenhuma das duas que ficou em casa tem a iniciativa de ir lá e esquentar, porque eu faço o almoço [...] Aí os meus relatórios diário que a gente tem, ficha diária, quem visitou, eu fico fazendo

em casa, dando assessoria pras duas. E quando vai chegando à noite já vou me preocupando com o jantar (ENTREVISTADA 4).

Outra questão encontrada no estudo foi a relação do trabalho das mulheres com o acesso a tecnologias para facilitar o trabalho doméstico. No caso da entrevistada 2, por exemplo, ela não tem acesso a máquina de lavar, submetida a um trabalho doméstico realizado sob condições primitivas, pois a máquina de lavar roupas é considerada uma tecnologia importante para diminuir o tempo e esforço para execução deste trabalho.

Quando é de tarde que acabo de fazer as coisas, lavo as roupas dele todos os dias, porque ele suja muito, apesar dele não fazer nada né? Soa muito, também, que agora tá muito gordo né? Aí tu sabe que soa muito, aí eu pego e lavo. [...] Lavo, é. E minha máquina tá quebrada e eu não posso consertar mais. Aí tá lá quebrada a máquina e eu sempre lavo na mão mesmo. Mas eu lavo roupa todos os dias (ENTREVISTADA 2).

As tecnologias domésticas podem ser classificadas principalmente em 3 grupos: o primeiro diz respeito aos serviços de infraestrutura como água encanada, eletricidade, gás, esgoto e coleta de lixo; o segundo é o grupo dos eletrodomésticos como máquinas de lavar roupa, micro-ondas, de forma genérica máquinas utilizadas para desempenhar o trabalho doméstico; e, por fim, as mercadorias minimamente processadas ou semiprocessadas. Esses três grupos estão relacionados à medida que o desenvolvimento de uma atividade depende estreitamente do acesso à outra. No caso da máquina de lavar roupas é necessário acesso a eletricidade, água encanada, sabão apropriado etc. (BORTOLAIA, 2003).

As mulheres relatam cansaço de sua rotina, dores no corpo e sofrem consequências sociais pela responsabilidade com os familiares com transtornos mentais, reduzindo o seu tempo livre.

O meu dia é de pé porque Deus tá na minha vida viu filha, mas é muita dor, é gemendo, é muita dor nos ossos, dor nos braços, nas pernas, é fazendo serviço, é assim pra lá e pra cá dentro de casa, as vezes quando eu tenho oportunidade como e caio na cama pra dormir um pouquinho. Não durmo direito, fico a noite todinha acordada, fico dando aqueles supapo em cima da cama. Vou até falar com o médico. Viro pra um lado, viro pro outro e o sono não chega. Muito ruim você passar a noite sem dormir. Num tem lazer não, fia, negocio de lazer, de ir pra praia, ficar na praia, ir pra um cinema, ir pra uma praia, não tenho não (ENTREVISTADA 5).

O meu dia é de aperreio não tenho descanso não, uma horinha dormir cedo, ele me chama: Rapaz, eu não dou um descanso não, deixa eu sentar um bocadinho? (ENTREVISTADA 7).

Se for num sábado que eu não for trabalhar, eu tento ir na casa dele pra fazer alguma coisa tipo limpar, pegar roupa pra lavar, ver os matos se tão muito cheio, se for um dia que vou sair com ele combino com ele, ô, amanhã a gente vai pra tal mutirão tirar documentação, ou então vir pra cá mesmo pro CAPS. E é isso. De tarde eu descanso, as vezes faço minha unha, que é bom né? Faço minha unha, boto um

negócio no cabelo, essas coisas. Aí as vezes a noite vou na casa de uma colega minha conversar um pouquinho e como eu tô sem namorado, é isso (ENTREVISTADA 1).

Nesse sentido, devemos considerar toda a energia, tempo e habilidades empregadas por essas mulheres na relação com as instituições, considerando esta atividade também como parte do trabalho de reprodução social (FERREIRA, 2017).

Aí lá vai eu com ele, tenho que ir com ele, que ele não vai sozinho não, é um aperreio medonho pra eu ta saindo com ele., tô cansada, eu saio que só, ando que só, trabalho que só dentro de casa, vem pra CAPS, vem buscar remédio, vou pra tamarineira com ele, a tamarineira, o Ulysses, pro médico, medicar ele. Agora eu passei seis dias internada com ele ali no Ulysses (ENTREVISTADA 7).

Na rotina dessas mulheres também são incorporadas as tarefas combinadas com o próprio serviço de saúde. Uma exemplificação dessa situação ocorre a partir da formulação de acordos iniciais entre a familiar cuidadora e o CAPS. Nas entrevistas, as mulheres relataram as vezes em que foi firmado acordos acerca da medicação dos usuários cuidados. Nesse caso, foi acordado que o CAPS fosse à casa do usuário com o objetivo de ofertar o medicamento para ele, porém por questões estruturais o serviço não conseguiu responder a demanda do usuário, estando este submetido as folgas de sua sobrinha para receber o medicamento. Neste aspecto percebemos o desfinanciamento dos CAPS em contrapartida com o alto investimento em serviços asilares e que não respeitam o convívio em sociedade e o direito à liberdade.

Não, a gente vai mandar uma equipe aí pra ficar dando injeção nele. Aí começou a dar injeção nele, aí ele foi ficando calmo. Beleza, só que aí parece que foi alguma coisa, a prefeitura, não sei por que. Aí a equipe não foi mais [...] Aí foi quando eu voltei com P., aí eu disse a ela né? Você me prometeu de vir uma equipe aqui, aí ela: não só depende de mim, e tal. Você tem que vir aqui que agora o médico não vai mais liberar, mesmo que tenha aqui, ele tem que ir pra uma consulta, que desde que ele saiu do Ulysses Pernambucano, ele não se consultou nenhuma vez. Aí foi quando o ano passado eu consegui também outra folga durante a semana, trouxe ele aqui (ENTREVISTADA 1).

Na pesquisa também encontramos elementos que ressaltam a importância de uma rede de cuidado que lide com o adoecimento mental tentando minimizar a estigmatização dos usuários atendidos. As próprias mulheres afirmaram que ocorrem situações em que os próprios usuários compreendem o estigma da loucura e se negam como pertencentes ao mesmo: “se o senhor não se comportar e não tomar o remédio vai voltar pro hospital. Aí ele falou: eu não sou doido” (ENTREVISTADA 1).

As situações de internamento também são exemplos de cuidados recorrentes realizados pelas mulheres – que podem durar meses – e significam momentos de suspensão na

vida das mulheres, de interrupções das atividades de trabalho e perda de renda (FERREIRA, 2017). Essa responsabilização compulsória pode ser visualizada na fala da entrevistada 1, quando o familiar precisou receber atendimento em um Hospital Psiquiátrico localizado no município e não foi considerada as atribuições dela no seu trabalho formal e ela precisou sair do hospital sem autorização da equipe:

Aí fomos, ficamos lá, e ela insistindo pra eu ficar lá com ele, que ele era idoso. Aí eu disse que não posso ficar com ele porque eu trabalho. Você leva uma declaração, aí eu disse que não posso, porque ele não é meu filho, não é meu marido, não é meu pai. Eu trabalho, não posso. [...] Aí quando deram o sossega leão nele, que ele arriou lá, aí o homem tava no telefone, deixou a grade entreaberta, eu disse ao meu irmão, deixa o carro depois da Ferreira Costa, porque eu não vou ficar aqui não. E ela quer que eu fique. Aí eu saí de fininho e fui embora. O Ulysses Pernambucano já tava ligando pra mim. Aí eu disse: eu tô indo praí. Aí eu fui lá e falei com a assistente social, e esse lugar lá é horrível né? O pessoal passa por você, pessoas com transtorno né? Aí ela falou comigo, conversou tudinho, assim, tem que ficar alguém aqui com ele. Aí eu disse: eu não posso. Já repeti né? (ENTREVISTADA 1).

Quando o familiar desta mesma entrevistada recebeu alta hospitalar a equipe realizou busca ativa da família e deixou o usuário. Segundo o relato: “Aí mesmo sem minha irmã assinar deixaram ele lá. Só que depois o pessoal, acho que se arrependeu e pegaram ele de volta porque também não pode né? Se não eles iam receber processo” (ENTREVISTADA 1).

Um dado encontrado entre as mulheres cuidadoras de homens é a dimensão do medo, não motivada apenas pelo adoecimento mental em si, contudo intensificada pela condição de saúde:

Ele sempre foi ignorante, mas atacado com esse problema assim não era não, agora é [...] Tem que ter paciência pra esse pessoal, fia. Porque se atacar uma doença, um problema, e ele atacar já a pessoa, vai ficar por isso mesmo. O caba é doente, cheio de remédio, tem uns papéis. A pessoa é que morre. Aí tem que ter paciência pra não acontecer nada. Porque tem um tal de susto né? Que dá. Sei lá, susto, né? Surto? Que dá. As minhas colegas diz que eu tenho muita paciência, mas é porque tem ele só pra pegar no meu pescoço, mas não tem ninguém pra acudir. (ENTREVISTADA 5).

Quando os meus netos estão em casa, ele não faz nada, fica quietinho. Porque só comigo é assim? [...] Oxente, que doença é essa? Que doença é essa? Pra quebrar o que é meu, é? Vai pra casa da tua mãe, pra casa da tua mãe, eu digo mesmo. Um dia qualquer eu vou na delegacia, eu digo, oxe, aguento nada. Quem é mais doente aqui sou eu, eu sofro de diabetes, de pressão alta, eu tenho gastrite, tudo eu tenho. [...] eu sei que ele tem problema, toma esses remédios todinho. Uma vez eu troquei os meus com o dele, um comprimidozinho de dormir, eu não tomo não, sabe? Que eu não durmo de noite não. Aí eu tomei esse comprimido, aí juntei um meu com um dele, aí misturei, igualzinho. Clonazepam com o remédio dele, tomei, passei mal, um só que eu tomei. Imagine ele que toma cinco comprimidos, quatro, de 100mg de 500mg. Ele é doente, né? (ENTREVISTADA 7).

Algumas das entrevistadas se autoculpabilizavam pelo adoecimento de seu familiar. Isso era evidenciado, principalmente, na relação com a maternidade como, por exemplo, na fala da entrevistada 4:

A criação dela, eu me sinto culpada, já falei isso pro doutor. Por ela ter esse problema. Porque eu devia ter pulso firme, que eu fui mãe muito jovem, entendeu? Muito jovem. Eu não sabia o que era um casamento, o que era ser mãe... Eu não tava preparada pra maternidade.
(ENTREVISTADA 4).

Outra entrevistada - que é cuidadora e avó da pessoa com transtorno mental - relata que existe uma culpabilização entre ela e a mãe do familiar, pois elas acabam culpando uma a outra pelo adoecimento do familiar:

Ele ficou assim por causa da mãe dele, porque a mãe dele, ela diz que ele está assim por causa de mim, porque eu prendia ele. Eu saía pra puxar carroça. Eu tinha com quem deixar? Eu tinha que deixar ele na rua solto? Não deixava, né?? tinha que deixar ele dentro de casa. Ele ia pra escola eu deixava o almoço, o café, ele tinha celular, televisão, tudo ele tinha dentro de casa, né?! Já porque ele tinha que ficar dentro de casa, né!? Porque eu tinha que sair pra trabalhar. (ENTREVISTADA 7)

Em ambas as falas, as mulheres atribuem o adoecimento mental a ausência de cuidados ou alguma problemática na execução desses cuidados, em outros termos, acreditam que o adoecimento é ocasionado pela ausência de atenção, afeto ou cuidado, sendo carregada por essas mulheres uma culpa permanente. O processo de culpabilização é justificado também por elementos históricos, nos anos de 1940 e 1950, são cunhados termos como: “mãe esquizofrênica” por Frida Fromm Reichman, “mãe perversa” por Harry Sullivan, “mãe geladeira” por Bruno Bettelheim preocupados sobretudo com a relação entre a pessoa adoecida e sua mãe como potencializadora/produtora de adoecimento (ROSA, 2011; LOPES, 2019)

No entanto, as causas do adoecimento mental estão entre diversos fatores como as múltiplas determinações nos processos cotidianos de adoecimento e sofrimento, formas de organização da sociedade, estrutura social e econômica, presença, qualidade e acessibilidade dos serviços e ações de saúde pública, recursos comunitários, grau de integração e suporte social, além de questões biológicas e psicológicas. Compreendendo que os adoecimentos mentais possuem determinações que são coletivas e se localizam na estrutura da sociedade.

Nesse contexto de cuidado com os familiares, essas mulheres também começam a adoecer mentalmente: “problema na cabeça, só sabe quem passa. Eu mermo já tô ficando doente também. Já tô ficando doente também de tanto aperreio na vida. Ele é muito brabo”

(ENTREVISTADA 5). Em outra entrevista: “Tô aperreada, rapaz. Não como, não durmo. Um aperreio danado. O tempo todinho assim” (ENTREVISTADA 2). Continuamos a analisar as consequências do cuidado de pessoas com transtornos mentais: “[...] Eu tô agitada também já, eu tô vendo a hora cair aqui dentro, oxe, eu vou morrer por causa dele?” (ENTREVISTADA 7). As mulheres abdicam de seu próprio cuidado para prover os cuidados de seus familiares, como no caso de uma das cuidadoras entrevistadas:

Bem... Eu há alguns anos fui diagnosticada com depressão. Eu tenho depressão, entendeu? Mas eu tô a cru. Eu não quero medicação. Eu não posso ficar dopada de remédio quando tem F. que depende de mim e minha mãe. Então eu tenho que ficar ativa porque medicação pra depressão eu já tomei, já sei como é, inclusive já fui paciente aqui do CAPS muitos anos atrás, e sempre fui diagnosticada com depressão (ENTREVISTADA 4).

Além do adoecimento mental também podemos apontar a questão de saúde de forma geral dessas mulheres. A entrevistada 5 relata uma gama de adoecimentos e que culminou na queda total de seus cabelos, e na entrevista declara que seu cabelo atualmente é colocado pela sua rede de amigas da igreja.

Sou doente dos ossos, tenho dor no estômago, problema no estômago, pressão alta, tireoide, cheio de nódulo, já operei e ainda tô cheia de nódulo, meus cabelos já caiu, esse aqui é que as meninas bota em mim, minhas colega arruma cabelo e sai colocando em mim pra eu ficar bonitinha. Pra ir pra igreja bonita, vai com esse pouquinho de cabelo nada, aí me dá cabelo. Elas que ajeitam eu, minhas colegas, aí ele “que isso? Pra que botar o cabelo dos outros na cabeça? Fique com o seu mesmo” aí eu digo vou ficar com um pouquinho de cabelo na cabeça não. Os pessoal rico que tem cabelo quer botar cabelo, quem dirá eu que não tenho. Eu posso ficar bonita também pra ir pra igreja bonita, amore, e pra você. Aí pronto. (ENTREVISTADA 5)

Já a entrevistada 7 relata que precisa realizar um procedimento cirúrgico e que não conseguiu ainda realizar pelas tarefas acumuladas do cuidado de seu familiar: “Ficar cega por causa dele? Já tem três vezes que eu faço o exame e não consigo. [...] a cirurgia do olho que eu tenho catarata, vou ficar cega desse jeito, tô com a vista embaçada não vejo nada”. Ela realizou um acordo com o CAPS com o objetivo de conseguir assegurar o seu tratamento: “Aí eu agora, ela combinou comigo, vou marcar a minha cirurgia segunda-feira. Ele fica aqui e eu trago para cá, não é? ”. E ainda desabafa: “[...] Pra me cuidar ninguém cuida não. Eu vou agora para cirurgia, fazer a cirurgia, eu tenho que ter uma acompanhante, minha filha que vai” (ENTREVISTADA 7).

Além das mulheres possuírem doenças crônicas que exigem cuidados contínuos, ainda podemos visualizar a ausência do Estado na garantia do acesso a medicamentos básicos, como

é o caso do tratamento de hipertensão que deveria ter medicamento disponível para a população coberta pelas unidades básicas de saúde.

Tenho. Eu sou diabética e sou hipertensa. Muito hipertensa mesmo viu? Esses dias minha pressão tá muito alta. Porque minha pressão é assim, o médico já disse: é emocional. Aí tem dado 23 por 10. Altíssima. Aí ele disse que eu posso sofrer enfarte, aí disse: tome o remédio direitinho. Não deixe faltar. Aí eu digo, tá certo. Mas os postos de saúde tem vez que nem tem o remédio, aí eu tenho que comprar [...] Vou no posto, vou no médico (ENTREVISTADA 2).

Eu tenho problemas crônicos, ne? Eu sou hipertensa, eu tenho glaucoma, eu tenho diabetes [...] Eu faço periodicamente meus exames, né? Atualmente eu estou com pendência, inclusive, de ir a oftalmologista ne? Pra medir como é que tá a evolução do meu glaucoma. Então basicamente meses a um ano que eu não consegui fazer ainda, né? Mas os demais, os exames de rotina, recentemente eu fiz (ENTREVISTADA 3).

As mulheres, diante de uma forma de sociabilidade marcada por determinações estruturais patriarcais e da divisão sexual do trabalho, assumem a função de cuidadoras a ponto de comprometerem a dimensão do lazer, do trabalho e da individualidade de suas vidas. O cuidado da forma como é configurado na vida das mulheres se expressa como um ato de renúncia, embora este trabalho seja, hegemonicamente, colocado como “expressão de amor”. Na ideia de amor materno, não há, uma evidência de um instinto presente na natureza feminina, mas sim uma história construída (COLLIN; LABORIE, 2009).

Em nossa pesquisa evidenciamos essa dimensão na fala da entrevistada 5: “Muita coisa, misericórdia só na minha cabeça. Tem gente que diz que ‘vai timbora’, eu disse ‘eu não, é covardia abandonar o homem’. Tem que aguentar até onde Deus quiser” (Entrevistada 5). Outrossim, essas mulheres que assumem o trabalho de cuidados por conta da própria responsabilização delas feita no serviço de saúde. Quando questionada sobre essa responsabilização, respondeu: “Aí eu disse: vê só, eu não tô pronta pra isso não, visse? Eu não tenho marido, não tenho filho, não tenho obrigação não” (Entrevistada 1). Como pode-se evidenciar, este “trabalho de cuidado” seria entendido como “obrigatório” nos casos onde poderia existir marido e filhos.

Um exemplo particular é o caso também das avós, estas que, nesta pesquisa, apresentam o parentesco familiar com maior concentração juntamente com mães. As avós são motivadas ao trabalho de cuidado devido uma responsabilização materna em cadeia hereditária. Afirmam: “se a mãe não cuida, a responsabilidade é minha”. Além de forte culpabilização das mães que não assumiram o cuidado dos filhos, pouco foi notado nas entrevistas a menção aos genitores como possíveis cuidadores, o que acaba reforçando por um lado o mito do amor materno, e por outro a naturalização do abandono paterno. A entrevistada

aponta: “É meu neto, mas eu crio ele. Eu crio porque a mãe dele foi embora pra Bahia e deixou ele desde pequeno” (ENTREVISTADA 2). O mesmo é relatado no trecho a seguir:

A mãe é você. Eu ainda fiz um favor de criar. Eu tenho a guarda deles, eu fui tirar, aí cheguei lá o rapaz da DPCA disse a mim: Não, a senhora quando ele tiver 18 anos, a senhora não tem mais responsabilidade não. É desse jeito. Olhe eu me arrependi muito. É meu neto, tudinho, fiz um favor, mas eu tinha nada que criar neto, mas tive pena, né!? O que ta preso diz: Mãe esculhamba o menino de tudo que não presta [...] Também vamos ver também eu também, oxe, me arrependi muito de ficar com esses dois meninos, tenho dois, viu!? Tenho ele e tenho o outro irmão dele [...] Aí ele ficou assim mais por causa dela, foi ela, Ele diz assim: Eu nunca tive amor de pai, nem amor de mãe e quando acabar a minha mãe é daquele jeito. A mulher não me dá parabéns quando faço aniversário. O mais velho disse: olhe, se eu tivesse um revólver e visse minha mãe na rua eu tinha coragem de descarregar tudo em cima dela, aquilo ali não dá nem pra cachorro, aquilo né mãe não (ENTREVISTADA 7).

Estas mulheres possuem uma idade na qual deveriam ter seus direitos garantidos para uma melhor vida, de acordo com o estabelecido no Estatuto do Idoso. Seria uma obrigação da família, da comunidade, do Estado e da sociedade assegurar ao idoso com prioridade o direito a: “[...] à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003).

Além das entrevistadas cuidarem dos familiares com transtornos mentais, exercem os cuidados de outras pessoas como suas mães, netos, filhos e filhas. Muitas vezes essas mulheres estão sozinhas nos encargos dos cuidados e as atividades que recebem suporte do familiar em tratamento são poucos em relação a gama de atividades que fazem no cotidiano, e os familiares com transtornos mentais não possuem, a priori, nenhum dado que nos leve a considerar uma questão incapacitante para a realização dos trabalhos domésticos:

As vezes eu boto ele pra limpar o quintal, quando ele tá de boas maneiras. “Vá, meu filho, dê uma limpadinha ali com a inchada que tem capim, meu filho”, aí ele diz “não”, e eu: “vá, meu filho, me ajude, sua véia, meu filho, vá, minha mão tá doendo, meus ossos doem”, aí ele pega com a inchada, daqui a pouco diz “vou fazer mais nada não, tô cansado”. As vezes nem terminou o serviço. Ele gosta muito de cama e de televisão (ENTREVISTADA 5).

Lava nada, ele não apanha um garfo no chão, pra tomar um remédio, pra tomar um remédio eu tenho que dar água a ele. Não vai buscar também água, vou nada. Eu preciso de ajuda não tenho ajuda eu vou dar água a um menino de 18 anos, eu sei que ele é doente, do problema dele, mas dá pra fazer alguma coisa. Dá pra fazer é porque tem preguiça, é preguiçoso (ENTREVISTADA 7).

Não. Só quem faz tudo pra ele sou eu. Tem vez que ele varre o quintal, tem vez que ele enxuga os pratos. Eu digo, eu tô tão cansada pra lavar esses pratos e guardar. Aí ele: “vou só enxugar, viu? Vou colocar na mesa e a senhora guarda”. Aí eu digo tá certo, me ajudou. Eu digo “bota a mangueira aí na torneira pra encher a caixa”, aí ele bota, entendeu? Assim. Tem vezes que ele varre o quintal, fica uma beleza, varre,

tira tudinho e bota num saco. Mas tem vez que ele passa a semana todinha e não varre nada. (ENTREVISTADA 2)

As situações apontadas nos relatos acima correspondem a homens que possuem transtornos mentais. No caso de mulheres que cuidam de outras mulheres o relato é: “Eu tenho que pedir pra C. eu tenho que pedir tudo. Já minha mãe gosta de lavar os pratos” (ENTREVISTADA 4). Na situação da entrevistada 7, relata uma rede familiar com maior coesão e composta por outras mulheres “Então a nossa família é um por todos e todos por um, então em um momento em que um tá precisando, todos abraçam a causa. E graças a Deus a gente tá tendo esse apoio coletivo e familiar” (ENTREVISTADA 3).

Do ponto de vista da caracterização do cuidado provido pelas mulheres no âmbito das famílias às pessoas com transtornos mentais, podemos sistematizar como elementos deste cuidado:

- a) As mulheres são responsáveis em levar os (as) familiares no Centro de Atenção Psicossocial em questão;
- b) Participação em consultas, grupos e demais atividades no serviço de referência;
- c) Assumir as responsabilidades do trabalho doméstico e de cuidados no âmbito do domicílio, sendo exemplificada pela lavagem de roupas e pratos, elaboração de comidas, limpeza da casa, etc.;
- d) Ausência de tecnologias domésticas, como a máquina de lavar roupa, para executarem atividades básicas sem um dispêndio exaustivo de força física de trabalho;
- e) Compra dos materiais necessários para a reprodução da vida como: alimentos, produtos de higiene pessoal, etc.
- f) Orientação do autocuidado do familiar em tratamento;
- g) Acompanhar os familiares em internações hospitalares;
- h) Orientar o uso dos medicamentos prescritos pelos serviços;
- i) Articular e acompanhar em consultas que dizem respeito a outras dimensões de saúde desses familiares.

No que concerne às influências do cuidado de pessoas com transtorno mentais na vida das mulheres, identificamos que ocorrem de algumas formas:

- a) Exaustão física tendo em vista as jornadas contínuas de trabalho realizados por essas mulheres;
- b) A ausência de cuidados realizados em prol da própria saúde, dificuldades em exercerem o papel de cuidadoras de si;

- c) A vulnerabilidade socioeconômica que essas famílias estão inseridas, em maioria, mulheres negras, idosas, da classe trabalhadora que sem muitas alternativas de serviços cuidam de seus familiares;
- d) Ausência de vida social, ocorrendo uma indisponibilidade dessas mulheres de vivenciarem outros contextos de inserção social ocasionados sobretudo pelas responsabilidades do cuidado;
- e) Dificuldade de conciliar trabalho remunerado com as atribuições demandadas pelo cuidado;
- f) Adoecimento mental;
- g) Autoculpabilização pelo adoecimento do familiar.

5.4 Importância do Centro de Atenção Psicossocial no cuidado

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em relação aos dispositivos da RAPS possuem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É a partir do surgimento dos CAPS que começam a ser demonstradas as possibilidades da organização de uma rede que substitui os Hospitais Psiquiátricos no país. Tendo como função a prestação de atendimento clínico em regime de atenção diária, com o intuito de evitar as internações em hospitais, promover a inserção social dos seus usuários e suas famílias e de forma geral das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais com intervenção no território, suporte e matriciamento na atenção básica para a difusão e acesso de atendimento qualificado para a população. São considerados os articuladores estratégicos da RAPS na sua área de cobertura (BRASIL, 2005).

O CAPS é um serviço que deve estimular a produção de autonomia e protagonismo aos usuários (as) no processo de tratamento. As mulheres, embora encarregadas de muitas tarefas de cuidados, também reconhecem a importância do CAPS no atendimento de seus familiares com transtornos mentais.

O CAPS é bom, porque sempre que a gente precisa, a gente corre ele tá sempre aqui, de braços abertos pra nos ajudar. Né? Graças a Deus que tem ele aqui pra nos ajudar. Que se não tivesse, fica muito difícil, como antigamente tinha o atendimento na Tamarineira, só que agora não tem, só se for um caso extremo, quando tá a ponto de ter uma ameaça física com a pessoa, poucas coisas assim, então fica muito difícil pra gente (ENTREVISTADA 6).

Nesse estudo, apontamos algumas das contradições presentes nos serviços de saúde mental, principalmente dando ênfase na contradição de que é imposto às mulheres,

essencialmente, a responsabilidade do cuidado de seus familiares com transtornos mentais. Contudo, também entendemos a importância do reconhecimento dos avanços na Política de Saúde Mental a partir da garantia de serviços de saúde como o CAPS.

Além do reconhecimento da importância, mencionado pelas mulheres cuidadoras, é preciso o fortalecimento do CAPS e da RAPS no cuidado em saúde mental na busca de minimizar os encargos das mulheres no cuidado. As mulheres afirmam em seus relatos os limites, mas também as possibilidades diante de avanços como a concretização de serviços como o CAPS: “Eu gosto das meninas daqui, gosto, faz 3 anos que ele está aqui, acho o pessoal muito legal. A D. é uma médica muito boa, tratou a gente bem, também é boa” (ENTREVISTADA 7)”

Eu acho que aqui, hoje, pra gente, é um acolhimento. É um acolhimento. Porque assim, tipo, mesmo o pessoal falando do governo, falando que não faz nada, mas ainda existe lugares como esse que recebe você, que tem pessoas como P., que são dez, assim, ela atende bem direitinho (ENTREVISTADA 1).

Conforme demonstrado no quadro 2 a RAPS é composta por serviços dos mais diversos níveis de atenção e a atenção básica é compreendida como componente da rede e é considerada a porta de entrada da população no SUS. Os acompanhamentos de casos de transtornos mentais acabam por terem dificuldades de serem mantidos nas unidades de saúde, pela falta de capacitação da equipe, ausência de supervisão, entre outros fatores. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes estratégicas para a consolidação da Atenção Básica no Brasil, no entanto, o financiamento destinado ao NASF no atual governo é escasso.

Aqui eu fui indicada pela minha agente de saúde através do posto, e a agente de saúde, a enfermeira, que faz o acolhimento familiar visitou a minha casa depois desse episódio de tentativa suicida, né? Então fez a indicação pra que eu viesse pra aqui. Essa é minha segunda vez que venho aqui [...] Mudou bastante toda a minha trajetória com certeza. Graças a Deus (ENTREVISTADA 3)

As entrevistadas também relatam que após iniciarem os atendimentos no CAPS, as pessoas com transtornos mentais, mesmo com limites, tiveram melhora:

Eu acho que ele melhorou muito. Melhorou muito o comportamento dele. Pelo menos assim, na higiene, que ele não queria tomar banho, sabe? Toma os remédios direitinhos, que ele não queria tomar (ENTREVISTADA 2).

Aqui, graças a Deus, né? Deus abriu essa porta e a gente tá aqui, se tratando aqui. Eles passam o remédio e acalma mais ele. Ele toma remédio, aí fica mais calmo, aí foi bom que ele já é daqui há muitos anos. Ele já foi de outro CAPS agora é desse, aí ele toma remédio e acalma, fica dormindo bem muito, bem muito, eu nem acordo pra comer nem pra nada, deixo ele acordar por ele mesmo pra não acordar nervoso (ENTREVISTADA 5).

A RAPS deve ser compreendida como uma gama de serviços que pode prestar assistência qualificada ao usuário em seu território juntamente com as unidades de saúde da família, viabilizando o cuidado em domicílio. É fundamental fortalecer essa perspectiva, garantindo a população um serviço público de saúde de qualidade, sobretudo no contexto atual de desmonte do SUS, no qual a perspectiva da saúde enquanto um direito tem sido substituído pelo fortalecimento do privado e do lucro acima da vida.

5.4.1 Centros de Atenção Psicossocial e o COVID-19

Nosso estudo teve como campo de pesquisa, como já mencionado, o CAPS José Carlos Souto. Os CAPS são considerados serviços essenciais no que diz respeito ao cuidado de pessoas com problemas decorrentes de transtornos mentais e uso de Álcool e outras drogas, porém foram afetados pelo contexto de emergência de saúde pública. Foram estabelecidas mudanças em seu funcionamento através da nota número 006/2020 da Gerência de Atenção à Saúde Mental de Pernambuco publicada em 19 de março:

Conceber prioritariamente a Atenção à Crise como o principal foco no cuidado essencial a ser ofertado neste momento nos Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com as suas necessidades e realidade local [...] Reorganizar, neste momento, a estrutura de atividades coletivas realizadas diariamente no CAPS e em locais fechados de demais unidades da RAPS, como por exemplo, os grupos. Desta forma, orientamos que esta não se constitua como modalidade de atendimento prioritária e assim as atividades grupais sejam suspensas temporariamente (PERNAMBUCO, 2020).

Em 05 de abril a Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretária de Saúde do Recife informou, por meio da Nota Técnica nº 003/2020, que em decorrência das medidas de enfrentamento à pandemia do COVID-19 e dos ajustes no funcionamento dos serviços de saúde mental, sobretudo os CAPS, orientações para o atendimento por meio virtual da população usuária.

Compreendemos a importância da suspensão de algumas atividades nos CAPS, mas também entendemos que, nesse contexto, as mulheres passaram a cuidar mais, de acordo com a pesquisa realizada em 2020 pela organização de mídia Gênero e Número, em parceria com a Sempreviva Organização Feminista (SOF), existem mudanças na condição de trabalho das mulheres durante a pandemia de COVID-19. Metade das mulheres passou a cuidar de alguém e 41% afirmam estar trabalhando mais do que antes, sendo as mais afetadas as mulheres do território rural e as mulheres negras.

Deste modo, consideramos a situação da emergência de saúde pública e o impacto na vida das mulheres, estas que são responsabilizadas pelo cuidado não só nos serviços de saúde mental, mas nas unidades de saúde seja da baixa, média ou alta complexidade. As mulheres sempre destinaram parte do seu tempo para os serviços de saúde quando demandado por elas ou por seus familiares.

As mulheres cuidadoras que contavam com poucas intervenções públicas na dimensão do cuidado, estão sendo responsabilizadas e assumindo uma maior gama de cuidados, que eram partilhadas de forma desigual pelos serviços. Processo esse intensificado pela pandemia de COVID-19, os serviços modificaram seu funcionamento, como as escolas, creches, serviços da assistência social, os próprios CAPS, entre outros. Alguns precisaram interromper suas atividades presenciais, reduzir o número de pessoas e adotar protocolos de prevenção da pandemia para garantir a segurança de seus usuários e usuárias, como no caso das mais diversas instituições de ensino. Essa conjuntura vem intensificar o problema de cuidados que vivenciamos nas políticas públicas.

Apesar do reconhecimento do papel do Estado em algumas das demandas do cuidado de pessoas com transtornos mentais através da rede de serviços de saúde, esses serviços não conseguem responder as complexidades necessárias para o cuidado e essas pessoas não são atendidas por uma rede intersetorial que articulem lazer, educação, cultura, geração de renda e trabalho, entre outros. Desta forma, as mulheres cuidadoras são submetidas a uma gama de demandas no interior das famílias, estas que acabam por sobrecarregá-las e subordinar suas vidas ao cuidado do outro em detrimento do seu próprio cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, situado no campo das pesquisas feministas materialistas, utilizou dos referenciais teóricos acumulados no campo desses estudos, para apreender as consequências do cuidado da pessoa com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras. Analisamos, particularmente, a realidade do CAPS José Carlos Souto em Recife-PE.

A título de conclusão evidenciou-se, primeiramente a relação estabelecida entre Estado, direitos e políticas sociais através de um resgate teórico sobre Estado, contrarreforma do Estado, direitos sociais ancorado nas elaborações marxistas e marxiana que, em nossa perspectiva, é essencial para o entendimento das múltiplas determinações e contradições que envolvem o debate contemporâneo acerca das configurações das políticas sociais, este que é fundamental, no caso de nosso estudo, para compreender a política de saúde mental e suas implicações na vida das mulheres.

O Estado é entendido como expressão contraditória que busca atender, por um lado aos interesses capitalistas e, por outro lado aos interesses da classe que vive do trabalho, buscando construir consensos que garantam a reprodução da hegemonia dominante. É resultado da luta de classes no capitalismo e, nesse sentido é vital sua vinculação política e econômica a este modo de produção. O Estado expressa uma correlação de forças sociais, ou seja, embora sirva prioritariamente ao capital e sua reprodução, é por via do Estado que se garante os direitos sociais que são fundamentais, e por isso pauta de luta, da classe trabalhadora.

Os direitos e as políticas sociais se configuram como mediações da emancipação política, se relacionando, como foi debatido na fundamentação teórica deste trabalho, com as necessidades reais e imediatas da classe trabalhadora e de sua reprodução social, na perspectiva de ser parte de uma agenda necessária de luta rumo à emancipação humana. Contudo ao se situarem no campo da emancipação política, evidentemente, se desenvolvem nos limites da sociedade burguesa.

No Brasil, foi através da luta de movimentos sociais vinculados aos trabalhadores que importantes conquistas foram asseguradas do ponto de vista dos direitos. Com a Constituição de 1988, por exemplo, se conquistou a seguridade social, esta que é composta pela assistência social, saúde e previdência social. No âmbito da saúde, no qual situamos o nosso objeto de pesquisa, foi assegurado o direito universal a um Sistema Público de Saúde. O SUS classifica a saúde como um direito de todas e todos e dever do Estado. A partir desta conquista foi posto

em lei que a saúde deve ser financiada com recursos dos diversos níveis do Estado e, além disso, foram estabelecidos princípios norteadores básicos, sendo eles: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social.

O SUS busca abarcar necessidades diversas de saúde. Nosso estudo foi situado no campo da política de saúde mental, esta que, instituída por lei, tem o Estado como responsável pelo desenvolvimento da assistência e promoção de ações de saúde com pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas. Foi modificado, neste sentido, radicalmente o modelo de atenção à saúde mental a partir da lei de Reforma Psiquiátrica: o modelo asilar foi substituído por um modelo psicossocial. Em que pese esses elementos, destacamos os desafios ainda colocados para efetivação total do instituído em lei.

A contrarreforma do Estado e o conseqüente desmonte das políticas sociais, incluindo a política de saúde mental, é a principal determinação que utilizamos para análise desses desafios. No âmbito da saúde, tem sido vivenciado uma forte dimensão do subfinanciamento e sucateamento dos serviços de saúde, reduzido número de equipe profissional, assim como redução de equipamentos e insumos para as atividades. Ou seja, no Brasil, uma frágil proteção social é a tendência geral da intervenção do Estado na chamada questão social, condição agravada frente à ofensiva contrarreformista neoliberal nas políticas sociais e, em particular, também na política de saúde mental.

O trabalho de cuidado provido pelas mulheres aos seus familiares com transtornos mentais pode ser caracterizado por: levar os(as) familiares no Centro de Atenção Psicossocial em questão, precisam estar presentes em consultas, grupos e demais atividades no serviço de referência, acompanham seus familiares em internações hospitalares, assumem inúmeras responsabilidades vinculadas ao domicílio como lavagem de roupas e pratos, elaboração de comidas, limpeza da casa na maioria das vezes sem o auxílio de tecnologias domésticas, como a máquina de lavar roupa, precisam comprar materiais necessários para a reprodução da vida dos familiares, orientar autocuidado do familiar em tratamento, orientar o uso dos medicamentos prescritos, entre outros.

Estes cuidados influenciam na vida dessas mulheres, pois estas se encontram em uma situação de exaustão física tendo em vista as jornadas contínuas com tensão ininterrupta de trabalho realizados por essas mulheres, dificuldade na realização do seu autocuidado, dificuldade de conciliar trabalho remunerado com o trabalho de cuidados, essas mulheres estão adoecidas mentalmente e inseridas em uma realidade de vulnerabilidades

socioeconômicas, onde em sua maioria, são mulheres negras, idosas, da classe trabalhadora que sem muitas alternativas de serviços cuidam de seus familiares.

A realidade das mulheres que participaram da pesquisa expressa a simbiose/consustancialidade entre classe, raça e gênero, uma vez que são as entrevistadas, majoritariamente, mulheres, da classe trabalhadora e negras que estão submetidas, cotidianamente, a condições aviltantes de trabalho e de reprodução social.

Essas mulheres são submetidas a uma jornada de trabalho extensiva, intensiva e contínua, isto porque não possuem um tempo definido de trabalho, podem perpassar o dia ou a noite, com um grau significativo de intensidade desse trabalho e, por fim, vivenciam um *continuum* entre trabalho assalariado e trabalho doméstico e de cuidados com familiares com transtornos mentais atendidos no CAPS.

Nessa lógica de "trabalho sem fim", se rompem completamente as barreiras que separam tempo de trabalho e tempo de viver, no caso dessas mulheres o "próprio viver" é subsumido pela dinâmica artil que se apropria do tempo das mulheres. Uma dinâmica que, como evidenciamos em nosso estudo, tem determinações históricas e estruturais: marcada por relações estruturais patriarcais e sociais de sexo. Afinal, nos perguntamos: por que são as mulheres as responsabilizadas pelo trabalho de cuidados? E vimos que é porque, estruturalmente, se configura um sistema cuja premissa é a dominação, opressão e exploração das mulheres. Um sistema patriarcal demarcado por desigualdades entre homens e mulheres e que, como destacamos anteriormente, vai muito além de uma "ideologia machista", se configura também como um sistema sustentado pela exploração do trabalho das mulheres.

O patriarcado impõe uma "responsabilidade compulsória", no caso das mulheres que participaram da pesquisa, com o trabalho doméstico e de cuidados com a pessoa com transtornos mentais. São essas mulheres cuidadoras que suspendem suas vidas e interrompem seus trabalhos para assumir o "cuidado com o outro", visto como sua atribuição natural e, por isso, obrigatória. Não cabe o espaço do não querer "não cuidar", mas apenas do precisar cuidar relacionado até mesmo ao julgamento moral da sociedade que aponta essa questão como atribuição para a mulher.

Essa atribuição compulsória do cuidado às mulheres expressa a questão relacionada com a divisão sexual do trabalho no capitalismo. Esta divisão designa aos homens a esfera produtiva e as mulheres a esfera reprodutiva. Os homens são encarregados de funções com forte valor social enquanto as mulheres são subordinadas a realização de determinadas atividades com "menor valor social" e "ditas femininas". Aqui, questionamos justamente as atividades destinadas a homens e mulheres e sua não relação com a naturalidade biológica,

mas sim enquanto uma construção social que possui uma base material. É devido a essa perspectiva que utilizamos a categoria relações sociais de sexo, na busca por entender as formas assumidas por essas relações que impõe, historicamente, uma forma concreta de exploração do trabalho das mulheres.

É importante destacar que na realidade estudada existe uma particularidade do cuidado: as mulheres lidam com uma condição de adoecimento dos seus familiares com transtornos mentais que exigem cuidados específicos, porque são pessoas que possuem uma oscilação de comportamento considerável que as submetem a situações de insegurança, além das demandas específicas devido a algumas limitações das pessoas cuidadas, principalmente a dificuldade de executar atividades da vida diária, como o autocuidado básico (pentear os cabelos, escovar os dentes, trocar de roupa, comer etc.). As mulheres também relatam viverem diante de uma instabilidade emocional, que faz com que também necessitem buscar atendimentos em serviços de saúde mental.

O cuidar do outro, inclusive, vem antes do cuidar de si, o que nos faz questionar até mesmo a ausência de cuidados com quem cuida, a mulher. Essas mulheres cuidam da casa, cuidam dos usuários em casa (às vezes mais de um familiar), são convocadas repetidas vezes pelo CAPS (e de forma geral pelos serviços públicos de saúde, assistência social, educação) e cuidam dos usuários nas situações excepcionais de internamento. Que tempo lhes sobram? Essas mulheres encarregadas do cuidado sofrem processos de adoecimento devido à intensidade de trabalho que é imposta nos desafios rotineiros de cuidar do outro e de si. Por vezes, como relatado nas entrevistas, não encontram sequer tempo de sentar ou parar um pouco para descansar. As jornadas intensivas do trabalho de cuidados resultam no esgotamento físico dessas mulheres – algumas já idosas – que afirmam não aguentar mais trabalhar.

No entanto, essas mulheres mesmo cansadas também precisam traçar estratégias para conciliar o trabalho que garante renda com o trabalho não remunerado de cuidado. A própria forma de inserção informal no mercado de trabalho, exemplificada nas situações relatadas pelas mulheres trabalhadoras nos sistemas de vendas diretas (Natura e Avon) é uma maneira de dar continuidade aos encargos do cuidado, ainda que esta forma de inserção signifique, concretamente, uma atividade marcada pela precarização, com baixa remuneração e ausência de garantias trabalhistas.

Em outros termos, essas mulheres vivenciam uma tendência própria da nova morfologia do trabalho (ANTUNES, 2013): uma crescente flexibilização e informalização, e sua consequência, a precarização. Atendendo aos “padrões de flexibilidade” desse mundo do

trabalho, temos cada vez mais uma organização flexível do trabalho, no qual a força de trabalho deve ser polivalente e flexível, cuja funcionalidade é o afrouxamento das condições jurídicas que regem o contrato de trabalho. O que intensifica, desta forma, a exploração da força de trabalho e a precariedade do trabalho.

Outrossim, queremos destacar que a realidade dessas mulheres é marcada também pelo acesso precário delas aos serviços básicos essenciais do que denominamos como política de promoção a saúde, por exemplo, o saneamento básico. A ausência de água foi relatada em algumas entrevistas e apontada como uma dificuldade a mais para o desenvolvimento do cuidado. Além disso, encontram outras dificuldades em suas casas devido à ausência de tecnologias domésticas, como a máquina de lavar roupa, para executarem atividades básicas sem um dispêndio exaustivo de força física de trabalho. Sem esses elementos garantidos, sobram as mulheres a submissão às jornadas de trabalho de cuidado até os limites (impostos por vezes como ilimitados) do cansaço.

Por fim, queremos destacar que este trabalho tem também seus limites, não sendo possível elencar todos os desafios e consequências que o cuidado de pessoas com transtornos mentais ocasiona na vida das mulheres que cuidam, além da dificuldade de caracterizar o cuidado sem deixar escapar uma gama de atividades historicamente invisíveis realizadas no cotidiano dessas mulheres.

Nosso intuito foi contribuir para a compreensão inicial das inúmeras consequências do cuidado na vida das mulheres cuidadoras de pessoas com transtornos mentais, buscando colaborar com a prática cotidiana das equipes de profissionais dos serviços de saúde no processo necessário de formação permanente. Outrossim, buscamos evidenciar o trabalho das mulheres cuidadoras de usuários (as) do CAPS José Carlos Souto e as atividades que estas realizam cotidianamente, bem como destacar a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva para que sejam pensadas e formuladas novas políticas sociais públicas que tenham o cuidado de pessoas com transtornos mentais como campo de atuação, na defesa da Reforma Psiquiátrica e fortalecimento e ampliação de sua rede de serviços.

É importante pontuar os avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica e da Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois modificamos a estrutura de serviços de saúde e conquistamos uma Rede de Atenção Psicossocial, no entanto, a estrutura de Estado e os recursos escassos para a seguridade social acabam por limitar a atuação das políticas sociais. Como evidenciado na particularidade da política de saúde, que tem seu financiamento congelado por 20 anos pela Emenda Constitucional 95 e as investidas diárias do atual governo

para o sucateamento, privatização e desvalorização do Sistema Único de Saúde mesmo diante de uma crise sanitária internacional.

Mesmo com seus limites, nosso trabalho buscou contribuir para a luta efetiva das mulheres da classe trabalhadora, essas que são submetidas cotidianamente ao trabalho de cuidados. Para essas mulheres, o caminho de suas vidas é a resistência ao cansaço, à opressão e a barbárie de nossos tempos.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. *Sem maquiagem: o trabalho de um milhão de revendedoras de cosméticos*. São Paulo: Boitempo, 2014.

ABRASCO. *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>>. Acesso: 21 fev. 2019.

AGUIRRE, Rosario. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. In: ARRIAGAGA, Irma (Coord.). *Família y políticas públicas em América Latina: uma história de desencuentros*. Santiago de Chile: Cepal, 2007, p. 187-198.

AMARANTE, Paulo. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. *Asilos, alienados e alienistas*. In: Amarante, P. D. de C. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

ANTUNES, Ricardo (Org.) (2013), *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II*, São Paulo, Boitempo

ANTUNES, Ricardo. A Nova Morfologia do trabalho e suas principais tendências: Informalidade, infoproletariado, (i)materialidade e valor. In: ANTUNES, Ricardo. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p.407-427, jul./set. 2015.

ÁVILA, Maria Betânia. O tempo do trabalho doméstico remunerado: entre cidadania e servidão. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Importância e motivações do Estado Brasileiro para pesquisas de uso do tempo no campo de gênero. *Revista Econômica*, Rio de Janeiro, v. 12, nº 1, p. 47-63, 2010.

BATISTA, Gisely Vieira Batista. Neoliberalismo, crise do capital e banco mundial: bases e premissas das políticas sociais contemporâneas. In: CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (orgs). *Reforma sanitária e contrarreforma na Saúde: Interesses do capital em curso*. Maceió: EDUFAL, 2015.

BEHRING, Elaine Rosseti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rosseti. Estado no Capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete; LIMA, Rita de Lourdes de. *Marxismo, política social e direitos (orgs.)*. – 1. Ed. – São Paulo: Cortez, 2018.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social. Fundamentos e história*. Coleção Básica. Editora Cortez, 9ª ed., 2011.

BORGES, Fabiano Tonaco [et. al.]. *Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BORON, Atílio A. Os “novos leviatãs” e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, Emir e GENTLI, Pablo (Orgs). *Pós-neoliberalismo II: Que Estado para que democracia?* 2ª Edição. Petropolis/ RJ: Vozes, 2000.

BORTOLAIA SILVA, Elizabeth. *Teorias sobre trabalho e tecnologias domésticas. Implicações para o Brasil*. Disponível em: <www.unicamp.br/site/publicacoes/dpct/Texto-10.doc>. Acessado em 23/07/2020.

BOSCHETTI, Ivanete. Crítica Marxista do Estado Social e dos Direitos no Capitalismo Contemporâneo. In: BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete; LIMA, Rita de Lourdes de. *Marxismo, política social e direitos (orgs.)*. – 1. Ed. – São Paulo: Cortez, 2018.

BOSCHETTI, Ivanete. *Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira*. Revista Psicologia e Sociedade, n. 01, p. 57-98, jan./jun. 2003.

_____, Emancipação, revolução permanente e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete, et al. (Org). *Que política social para qual emancipação?* Brasília: Abaré Editorial, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em 20 de jan. de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Câmara dos deputados, Dep. Jair Bolsonaro (PP-RJ) foi contra aprovação da PEC das Domésticas. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/tv/401065-dep-jair-bolsonaro-pp-rj-foi-contraprovação-da-pec-das-domesticas/>> Acesso em: 26 de jun. 2020

_____. Ministério da Saúde, Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 04 abr. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 19

fev. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 04 Fev 2020.

_____. (2001), *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública / Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2 de 21 de dezembro de 2017. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.145, p. 104, 22 dez. 2017 Seção 1.

_____. Ministério Da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 131, de 26 janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 26 jan. de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3588, de 21 dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 22 dez. de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html >. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 04 fev. 2018.

_____. Nota Técnica nº 11/ 2019. CGMAD/DAPES/SAS/MS Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

_____. Portal da Saúde. *CAPS- Centro de Atenção Psicossocial*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

_____. Presidência da república. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil. Brasília. Outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/compiladp.htm>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

_____. Decreto n.º 9.762 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.70 - A, p.7, 11 abr. 2019. Seção 1 - Extra.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília. Brasília, DF: 2005.

BRUSCHINI, Cristina. Trabalho doméstico: Inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? *Revista Brasileira de Estudos de população*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 331-353, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a09v23n2.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRUSCHINI, J. (1989). Uma abordagem sociológica da família. In: *Revista Brasileira de Estudos de População*, 6 (01), p. 1-23.

CARCANHOLO, M. D. *Crise econômica atual e seus impactos para a organização da classe trabalhadora*. Aurora, Marília, v. 4, n. 6, p.1-10, 2010.

CARCANHOLO, M. D. Neoconservadorismo com roupagem alternativa: a Nova Cepal dentro do Consenso de Washington. In: CASTELO, Rodrigo. (Org.). *Encruzilhadas da América latina no século XXI*. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010. p. 119-141.

CARLOTO, C. M.; GOMES, Anne G. Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho. *Serviço Social e Sociedade*, n. 105, p. 131-146, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/08.pdf>>.

CHAUÍ, Marilena. Uma nova classe trabalhadora. In: 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma/ Emir Sader (org.) – São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO, Brasil, 2013.

CISNE, Mirla. *Feminismo e consciência de classe no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2014.

CISNE, Mirla. *Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social*. São Paulo: Editora Outras Expressões, 2012..

CLETO, Murilo; DORIA, Kim.; JINKINGS, Ivana. (Orgs.). *Por que gritamos Golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Ed. Boitempo, 2016.

COLLIN, Françoise; LABORIE, Françoise. Maternidade. In: HIRATA, Helena. [et al.] (orgs.). *Dicionário Crítico do feminismo*. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p. 133 – 137.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017* /Brasília DF: CFP, 2018.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (orgs). Reforma sanitária e contrarreforma na Saúde: Interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

COSTA, Albertina de Oliveira. Rotinas de mulher. In: ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica. *Trabalho doméstico e trabalho remunerado no cotidiano das mulheres: uma tensão permanente*. Recife: Edições SOS Corpo; São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2014

CRESSON, Geneviève. La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. In: Recherches familiales. Paris: UNAF, 2006, p. 6-15. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2006-1-page-6.htm>>. Acesso em 02 de jun. de 2020.

DANTAS, André Vianna. Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2017.

DELPHY, Christine. *Patriarcado (teorias do)**. In: HIRATA. Helena et al. (Org.) Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: Unesp, 2009, p. 173-175.

DEMIER, Felipe e DURIGUETO, Maria Lucia. *Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo*. Disponível em:<<file:///C:/Users/aryad/Downloads/Dialnet-DemocraciaBlindadaContrarreformasELutaDeClassesNoB-6092505.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

DEVREUX, Anne-Marie. *A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina*. IN: Sociedade e Estado, v. 20, n. 3, p. 561-584, set./dez. Brasília, 2005.

DUQUE-ARRAZOLA; Laura Susana. O sujeito feminino nas políticas de Assistência Social. In: MOTA, A. E. (org) *O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 8.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. *Psicanálise e Barroco – Revista de Psicanálise*, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf>>. Acesso em: 18 de jan. 2018.

FERREIRA, Verônica Maria. *Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências*. 204 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2017.

FERREIRA, Verônica. *Trabalho doméstico e trabalho remunerado no cotidiano das mulheres: uma tensão permanente*. Recife: Edições SOS Corpo; São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2014

FINE, M. Renewing the social vision of care. *Australian Journal of Social Issues*, 39 (3): 217-231, 2004.

FIOCRUZ. Instituto Aggeu Magalhães. *Levantamento do perfil e do corpo discente*. 2020. No prelo.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2000

GLENN, E. N. Creating a caring society. *Contemporary sociology*, 29 :84 – 94, 2000.

GONÇALVES, Guilherme Leite. Valor, expropriação e direito: sobre a forma e a violência jurídica na acumulação do capital. In: BOSCHETTI, Ivanete. *Expropriação e Direitos no Capitalismo*.1. Ed. – São Paulo: Cortez, 2018.

GROISMAN, Daniel. O Problema dos cuidados no Brasil que Envelhece: corresponsabilidades e questões para a saúde mental. In: SOALHEIRO, Nina (Org.). *Saúde Mental para a atenção básica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 143 – 161.

GRUPPI, Luciano. *Tudo começou com Maquiavel*. Porto Alegre – RS: L&PM, 1987.

GUILLAUMIN, Colette. Prática do poder e ideia de natureza. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; FALQUET, Jules; ABREU, Maíra. *O patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas*. Recife: SOS Corpo, 2014.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA; Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. In: *Sociologia & Antropologia*. v.1, nº 151. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011, p. 151-179.

HIRATA, Helena. *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002.

HIRATA, Helena e KERGOAT, Danièle. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

HIRATA, Helena. Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho. In: CONFINS. *Revista Franco-Brasileira de Geografia. Dossiê Brasil: Potência em Questão*. n. 26. 2016.

HIRATA, Helena. Teoria e prática do ‘care’: estudo sucinto da arte, dado de pesquisa e pontos de debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata. *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2010, p. 42-55.

HUWS, Ursula (2003), *The making of a cybertariat: virtual work in a real world*, New York, Monthly Review Press; London, The Merlin Press.

KERGOAT, Danièle. *Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais*. IN: 11º Congresso da Associação Francesa de Sociologia (AFS): “Pensar o intrincamento dos sistemas de dominação: gênero, classe e raça”, Bordeaux, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a05.pdf> > Acesso em: 28 de dez. 2018.

KERGOAT, Danièle. *Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo*. In: HIRATA, Helena et al. (Org.) *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: Unesp, 2009, p. 67-75.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LINS, Aryadne; FERREIRA, Verônica; RODRIGUES, Cleide. A mulher no contexto do cuidado da pessoa com transtorno mental. *Cadernos de Estudos Sociais e Políticos*, Rio de Janeiro. Vol. 08, n. 15, 2019. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/39471/33704>> Acesso em: 20 de mai. 2020.

Lopes, Bruna Alves. Não Existe Mãe-Geladeira: Uma análise feminista da construção do ativismo de mães de autistas no Brasil (1940-2019). 289 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa(UEPG). Ponta Grossa, 2019.

LOWY, Michael. Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil. In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo. *Por que gritamos golpe: para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2016.

MARCONDES, Mariana Mazzini. *A corresponsabilização do Estado pelo cuidado: uma análise sobre a política de creches do PAC-2 na perspectiva da divisão sexual do trabalho*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13410/1/2013_MarianaMazziniMarcondes.pdf. Acesso em: 19 de julho de 2013.

MARCONDES, Mariana Mazzini. O cuidado na perspectiva da divisão sexual do trabalho: contribuições para os estudos sobre a feminização do mundo do trabalho. In: YANNOULAS, Silvia Cristina. *Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações*. Brasília: Abaré Editorial, 2013, p. 251-279.

MARCONDES, Mariana Mazzini. O dia deveria ter 48 horas: práticas sociais do cuidado e demandas das mulheres brasileiras por políticas públicas para a sua democratização. In: ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica. *Trabalho doméstico e trabalho remunerado no cotidiano das mulheres: uma tensão permanente*. Recife: Edições SOS Corpo; São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2014.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. *O Manifesto do Partido Comunista*. Petrópolis: Vozes, 2011.

MARX, Karl. *Sobre a questão judaica*. - São Paulo : Boitempo, 2010.

MARX, Karl. *O capital: Livro I*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATHIEU, Nicole-Claude. *Diferenciação biológica, diferenciação*. In: HIRATA, Helena et al. (Org.) *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: Unesp, 2009, p. 67-75.

MATTOS, Marcelo Badaró. Algumas observações sobre o Estado burguês e a democracia realmente existente no Brasil contemporâneo. In: BOSCHETTI, Ivanete, et al. (Org). *Que política social para qual emancipação?* Brasília: Abaré Editorial, 2018.

MAZZEO, A. C. *Estado e Burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa*. São Paulo: Boitempo, 2015.

MÉSZAROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 621-6.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. Biblioteca Básica do Serviço. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MORAES, Maria Lygia Quartim. *Maxismo e feminismo: afinidades e diferenças*, In: *Revista Crítica Marxista*, n.11. São Paulo: Boitempo, 2000.

MOTA, Ana Elizabete. *Crise, Desenvolvimentismo e as Tendências das Políticas Sociais no Brasil e na América Latina*. In: *Configurações* [Online] 10, 2012. Disponível em: <<http://configuracoes.revues.org/1324>>. Acesso em 24 de janeiro de 2018.

MOTA, Ana Elizabete. *Significado dos direitos e da política social na atual conjuntura brasileira*. In: BOSCHETTI, Ivanete, et al. (Org). *Que política social para qual emancipação?* Brasília: Abaré Editorial, 2018.

NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e serviço social – 8 Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.*

_____. *Introdução ao método da teoria Social*. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

NOGUEIRA, C. M. *O trabalho duplicado. A divisão sexual do trabalho e na reprodução: um estudo das mulheres trabalhadoras no telemarketing*, São Paulo, Expressão Popular, 2006.

NOGUEIRA, C.M. *A feminização do mundo do trabalho*. Campinas: Autores Associados, 2004.

PÁDUA, E. M. M. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. 2.ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PASSOS, R. G. *Trabalho, gênero e Saúde Mental: Contribuições para a profissionalização do cuidado feminino*. São Paulo: Cortez, 2018.

PAULIN, L. F; TURATO, E. R. *Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970*. *Revista História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 241-28, maio/ago. 2004.

PITTA, A. M. F. *Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12): 4.579-4.589, 2011.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, *Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife*, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva

de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018. xxx p.: - il.

RENILA. *Manifesto de repúdio à nova política de saúde mental álcool e outras drogas do Ministério da Saúde: a volta aos porões da loucura*. Disponível em: < <http://cress-mg.org.br/Conteudo/5043281c-88c4-45ee-a0ca-97a0dd296d37/Manifesto-de-Rep%C3%BAdio-%C3%A0-%E2%80%9CNova%E2%80%9DPol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-Mental%C3%81lcool-e-Outras-Drogas-do-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde> >. Acesso: 26 de abr. 2019.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. Ed. São Paulo, Cortez, 2011.

SAFFIOTI, Heleith. *A mulher na sociedade de classes: Mito e realidade*. 3º edição, São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987

SANTA CASA DE MISERICORDIA, Hospital Santo Amaro. Disponível em: < <http://www.santacasarecife.org.br/unidades/hospital-santo-amaro/> >. Acesso em: 15 de dez 2019.

SANTOS, T. A. *et al.* O materialismo dialético e a análise de dados quantitativos. In: *Texto & Contexto -Enfermagem*. 2018; 27(4).

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A contrarreforma e a privatização do SUS: as organizações sociais (OSs) como modelo privatizante, In: CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (orgs). *Reforma sanitária e contrarreforma na Saúde: Interesses do capital em curso*. Maceió: EDUFAL, 2015.

SILVA, Maura Lima Bezerra; CALDAS, Marcus Tulio. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia ciência e profissão* [online]. 2008, vol. 28, n. 2, p. 344-361. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil e influência no Serviço Social*. 4º Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SIMIONATTO, Ivete; COSTA, Carolina Rodrigues. *Estado e políticas sociais: a hegemonia burguesa e as formas contemporâneas de dominação*. Revista Katálysis, v. 17, Florianópolis: UFSC, p. 68-76, 2014.

SOARES, R. C. *A contrarreforma da política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social*. Recife, 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOF. *Sempre viva Organização Feminista*. Acesse o resultado da pesquisa sobre o trabalho e a vida das mulheres brasileiras na pandemia. Disponível em: <<https://www.sof.org.br/acesse-pesquisa-trabalho-e-vida-mulheres-brasileiras-pandemia/>>. Acesso em: 16 de ago. de 2020.

SORJ, Bila. Os cuidados com a família e as desigualdades de gênero e de classe. In: COSTA, Albertina et. Al.(Org.) *Divisão sexual do trabalho, Estado e crise do capitalismo*. Recife: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia, 2010.

TARTUCE, G. L. P. B. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do *care*. Resenha. *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, n. 148, p. 366-377, jan./abr. 2013.

TRINDADE, Jade Carneiro. O ajuste neoliberal e as políticas sociais na América Latina: um debate constitucional do critério da focalização face aos direitos fundamentais. In: IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão: São Luís, 2009.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M. & BORDO, S. R. (Orgs.). *Gênero, Corpo, Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YIN, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2ª ed). Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICE A

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados Pessoais

Nome _____

CAPS de vinculação:

Qual o nome do seu familiar que frequenta o serviço?

O familiar em tratamento é: Homem Mulher Mulher Trans Homem Trans

Qual a relação de

parentesco: _____

Qual é o seu endereço?

Qual a sua idade?

Estado civil: Casada Solteira Viúva Divorciada outro

Religião: católica protestante espírita outra _____ Prática? Sim Não

Escolaridade: _____

Raça/cor: Branca Preta Parda amarela indígena

Renda: Sem renda Até um salário 2 a 3 salários 4 a 5 salários Acima de 5 salários mínimos.

Quantas pessoas moram na sua casa?

Exerce atividade profissional? Sim Não Se sim, qual?

Precisou parar de trabalhar por causa do cuidado? Sim Não

Alguém da família recebe algum benefício? BPC pensão aposentadoria auxílio doença

Outros

ENTREVISTA

1. Você sabe qual o adoecimento mental do seu familiar?
2. Com suas palavras, quais são as maiores dificuldades enfrentadas pelo seu familiar?
3. Quando você começou a cuidar do seu familiar?
4. Na sua opinião, quais são os cuidados que seu familiar precisa?

5. Como era sua vida antes do adoecimento do seu familiar?
6. Você acha que sua rotina (trabalho e lazer) mudou depois que você começou a cuidar do seu familiar? Se sim, o que mudou?
7. Você tem algum problema de saúde? Como você tem cuidado da sua saúde?
8. Você possui tempo livre? O que costuma fazer nesse tempo?
9. Você poderia descrever as atividades do seu dia a dia?
10. As pessoas que moram na sua casa também cuidam desse familiar? Se sim, como?
11. Qual a sua relação com o CAPS?

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 510/2016 – CNS/CONEP e 466 de 12/2012 – CNS/CONEP)

Título: Consequências do cuidado a pessoa com transtorno mental na vida das mulheres

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa que tem como título: Consequências do cuidado a pessoa com transtorno mental na vida das mulheres que possui como objetivo central: Analisar as consequências sociais do cuidado na vida das mulheres cuidadoras de familiares com transtorno mental. Sua participação na pesquisa acontecerá por meio de entrevistas gravadas e depois transcritas para a pesquisa.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Participar da pesquisa envolve riscos sobre as perguntas realizadas causarem desconforto ou constrangimento, sinta-se à vontade em desistir de participar em qualquer momento. Participando da pesquisa contribuirá para a divulgação de estudos sobre o tema, estimulando a mudança na intervenção dos/das profissionais nos serviços, incentivando a criação e implementação de novas políticas públicas que considerem o trabalho de cuidados de pessoas com transtornos mentais e as consequências na vida das mulheres.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você poderá perguntar em qualquer momento, qualquer coisa que não entendeu que será explicado. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação. A sua participação é voluntária e se recusar em participar não resultará em penas, perdas de benefícios ou prejuízo no seu atendimento ou do familiar no serviço.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou qualquer informação coletada na pesquisa por meio da entrevista que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão e você poderá retirar suas informações a qualquer momento da pesquisa. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com a pesquisadora e outra será fornecida a você. Os dados das entrevistas serão gravados, transcritos e analisados.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não terá custos para você e nem receberá retorno financeiro e se houver algum custo, a participante será ressarcida. Além de indenização por meios legais se houver danos causados pela pesquisa comprovados.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE Fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim desejar. As (os) Pesquisadoras(es) certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, também sei que caso existam gastos adicionais, estes estão incluídos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação e se houver, serei ressarcida.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos a senhora deve procurar a pesquisadora Aryadne Castelo Branco Correia Lins, através do telefone (81) 99539-1332, no endereço de e-mail: aryadnecb@gmail.com ou na FIOCRUZ-PE, localizada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária – Recife, telefone: 20012500 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães que fica localizado na Avenida Professor Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária – Recife, telefone: 2101-2639.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães tem como objetivo defender os interesses das participantes, respeitando seus direitos, além de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, desde que atenda às condutas éticas. Declaro que concordo em participar desse estudo me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Esse termo será assinado em duas vias e uma delas ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Impressão digital

