



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

“EU SOZINHA ANDO BEM, MAS COM VOCÊ ANDO MELHOR”:

redes de comunicação, cuidado e saúde mental entre mulheres

Bruna Martins Oliveira

BRUNA MARTINS OLIVEIRA

“EU SOZINHA ANDO BEM, MAS COM VOCÊ ANDO MELHOR”:
redes de comunicação, cuidado e saúde mental entre mulheres

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) do ICICT/Fiocruz como requisito para obtenção do título de Mestre em Informação e Comunicação em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Inesita Soares de Araujo
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Irene Rocha Kalil

Rio de Janeiro
2023

BRUNA MARTINS OLIVEIRA

“EU SOZINHA ANDO BEM, MAS COM VOCÊ ANDO MELHOR”:

redes de comunicação, cuidado e saúde mental entre mulheres

Aprovada em: 03 de março de 2023.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Inesita Soares de Araujo (Orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
(PPGICS/Icict/Fiocruz)

Prof^ª. Dr^ª. Kátia Lerner – ICICT/Fiocruz (Examinadora interna)

Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
(PPGICS/Icict/Fiocruz)

Prof^ª. Dr^ª. Melissa Oliveira Pereira – (Examinadora externa)

Centro Universitário IBMR

Prof^ª. Dr^ª. Daniela Costa Bursztyn (Examinadora externa)

Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (MEPPSO/IPUB/UFRJ)

Oliveira, Bruna Martins.

“EU SOZINHA ANDO BEM, MAS COM VOCÊ ANDO MELHOR”:
redes de
comunicação, cuidado e saúde mental entre mulheres / Bruna Martins
Oliveira. - Rio de Janeiro, 2023. / Bruna Martins Oliveira. - Curitiba, 2023.
167 f.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica
e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em
Saúde, 2023.

Orientadora: Inesita Soares de Araujo.

Co-orientadora: Irene Rocha Kalil.

Bibliografia: f. 143-59

1. Comunicação e Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Iniquidade de Gênero.
4.COVID-19. 5. Redes de Apoio Social. I. Título.

Dedico esta dissertação às mulheres. Às bruxas, às benzedadeiras, às curandeiras, às enfermeiras, às psicólogas, às cuidadoras profissionais e/ou parentais informais, às ativistas e todas as que sustentam a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em liberdade, na prática com afeto e entrega, mesmo com tantos desafios, lágrimas, lutas, desmontes e ataques recorrentes aos direitos essenciais.

Às mulheres da minha vida, em especial à Fran – minha mãe, a mulher há quem devo tudo o que sou, motivo da minha existência e resistência! Às mulheres que mergulharam comigo e me abraçaram ao longo dessa jornada, com tanto carinho e sabedoria. Às minhas ancestrais.

Às mulheres que conheci nas batalhas da vida e que me ensinaram o quão importante é estarmos juntas. Às mulheres que conheci graças a este trabalho e que me presentearam com acolhimento, trocas intensas e afeto.

Às mulheres que tiveram suas vozes caladas por tanto tempo, taxadas de “loucas”, “histéricas” e que foram, infelizmente, trancafiadas em manicômios, clínicas e sequestradas de si mesmas, mas que, em algum momento, tiveram coragem, de quebrar o silêncio e inspiram outras a se erguerem e mostrarem a que vieram neste mundo!

AGRADECIMENTOS

São muitos os agradecimentos que preciso fazer para ter chegado até aqui e é impossível não me emocionar com isso. Talvez eu não consiga agradecer todo mundo, mas quem esteve comigo sabe que este trabalho só ganhou vida porque foi feito com redes de apoio.

A escrita foi solitária na maior parte do tempo, mas sem as minhas orientadoras Inesita e Irene, eu jamais conseguiria tornar este texto mais fluido e muito menos desenvolver uma pesquisa com a complexidade proposta, sendo uma iniciante. Agradeço a você professora Inesita pela parceria desde o início, por caminhar ao meu lado nesta estrada, segurar a minha mão e me apresentar um mundo novo sobre comunicação e saúde, com muita paciência e dedicação. Foi um privilégio imenso construir esse trabalho com você que acreditou mais em mim do que eu mesma.

Agradeço a você professora Irene pelo cuidado, pelo zelo com os feedbacks, pela leitura atenta, pela indicação de referências, pelo carinho e por tanto incentivo. Foi um grande presente te conhecer e contar contigo para aprender mais sobre gênero, na perspectiva do cuidado e da saúde. Grata demais.

Agradeço à professora Criselli, minha orientadora da graduação de jornalismo e hoje amiga, amiga que me enviou o edital do PPGICS e me disse que era a minha cara. Graças ao seu incentivo, voltei a estudar e retomei o sonho antigo de estar na academia, sonho este que foi adormecido durante um tempo devido às demandas e correrias da vida. Você é luz na minha vida!

Agradeço às professoras da banca de qualificação, Kátia e Melissa, que trouxeram contribuições muito relevantes sobre este trabalho e que são referências inspiradoras em suas áreas de atuação. Também agradeço à professora Daniela, do coletivo Mulheres Cuidadoras, por abrir os caminhos para que eu chegasse a tantas mulheres maravilhosas, pela disposição, gentileza e parceria. Sem você, não seria possível.

Agradeço às mulheres que entraram nas rodas, que me contaram suas histórias, que me ouviram, me ensinaram muito e que são a alma desta dissertação: Kaká, Iolanda, Vanessa, Laila, Leide, Helena, Bárbara, Eliana e outras que estiveram conosco em algum momento. Sem palavras para definir!

Agradeço a Neia, minha madrinha, mulher de fibra, de garra, que foi meu braço direito nos momentos mais difíceis da vida pessoal durante essa dissertação. Você foi colo, apoio e motivo para não desistir mesmo quando tudo parecia desabar.

Agradeço à minha mãe, Fran, a razão da minha vida, o motivo pelo qual eu comecei a verbalizar e escrever minhas inquietações pessoais e acadêmicas sobre saúde mental. A mulher que me deu tudo o que podia e não podia, mesmo com tantas dificuldades e que morre de orgulho da filha que conseguiu chegar na Fiocruz, contrariando tantas estatísticas. Nada faria sentido neste projeto sem você, mãe. Você me ensina diariamente como ser uma pessoa melhor e me dá orgulho de ser sua filha também.

Agradeço aos amigos e amigas que entenderam minhas ausências, meus choros e me deram forças para continuar nessa árdua jornada. Em especial, agradeço à Dayse, minha querida amiga que fiz no PPGICS e que mais do que uma colega de turma, se tornou um verdadeiro anjo. Obrigada por tanto afeto, sabedoria, apoio e incentivo em todos os momentos. Você é um presente que veio na hora certa. Ao amigo Robson, que se conectou comigo desde o primeiro momento no mestrado. Agradecimentos também para a Juliana e para a turminha que se manteve firme, forte e com apoio mútuo. Vocês sabem quem são!

Juliana Cordeiro, amiga, te agradeço por tanto afeto e incentivo. Graças a você, conheci pessoas maravilhosas nesse Rio de Janeiro e foi assim que consegui fazer cursos e tecer caminhos que são essenciais nessa jornada. Agradeço por ter me recebido de braços abertos em momentos tão importantes para a construção deste trabalho.

Gabriel, meu amigo há mais de 10 anos, agradeço por ser uma das minhas principais redes de apoio para que esse trabalho fosse possível. Você e sua mãe, dona Eliana são uma família para mim. Obrigada por tudo e por tanto!

Agradeço a querida amiga Antoniele, que compartilhou comigo tantas experiências e forças para seguir na caminhada acadêmica!

Por fim e não menos importante, agradeço à toda a equipe da Secretaria Acadêmica do PPGICS pelo suporte e atenção em todos os momentos que precisei de ajuda e agradeço a CAPES pela bolsa de estudos, sem a qual não seria possível me dedicar a essa pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa nasceu com o objetivo de compreender a dimensão comunicacional das redes de apoio que as mulheres acionam e constituem para lidar com saúde mental em meio à pandemia. Em crises sanitárias, as mulheres estão entre os grupos mais vulneráveis aos impactos das desigualdades sociais, que se materializam em situações como maior dificuldade de acesso à saúde, exposição acentuada às violências visíveis ou não, desemprego, fome, perda de renda, sobrecarga decorrente das jornadas múltiplas de trabalho e ataques aos direitos conquistados anteriormente (Beauvoir, 1949). Este cenário é propício à produção de sofrimento psíquico e adoecimento das mulheres, por aumentar as vulnerabilidades e precarização da vida (Butler, 2011). Historicamente silenciadas, subalternizadas e violentadas de múltiplas formas, as mulheres sofrem com a negação de direitos e com diversas formas de silenciamento. De modo particular, as mulheres que convivem com sofrimento psíquico vivenciam o estigma e a deslegitimação das suas falas. Neste contexto, vemos o direito à comunicação como parte fundamental do direito à saúde, com duas dimensões: direito a informação e direito a voz (Araujo e Cardoso, 2007). Adotamos a perspectiva teórica de Araujo (2002) pela qual a comunicação opera como um espaço e um processo no qual e pelo qual as pessoas em diferentes posições sociais produzem sentidos, os fazem circular e deles se apropriam. Logo, o direito à comunicação é atravessado e demarcado por disputas simbólicas e negociações constantes. Adotamos o conceito de lugar de interlocução (Araujo, 2002), como eixo conceitual-metodológico para estudar as dimensões comunicacionais deste projeto, considerando que a distribuição do poder de fala é móvel e que uma pessoa pode se enquadrar em mais de um lugar, de acordo com seus contextos sociais, situacionais, institucionais e pessoais. A comunicação é, por esta via, um recurso central para a garantia de outros direitos que, no caso das mulheres, estão relacionados a como elas podem constituir e acionar suas redes de comunicação sobre cuidado para lidar com a saúde mental em meio à pandemia. A metodologia incluiu conversas individuais e coletivas com 8 mulheres que se identificam como cuidadoras parentais informais em saúde mental e vivenciaram alguma experiência em saúde mental, residentes em quatro cidades: Rio de Janeiro (RJ), Natal (RN), Salvador (BA) e Criciúma (SC). Nas rodas de conversa, experimentamos uma metodologia inclusiva, a partir da escuta e da perspectiva do protagonismo das mulheres, com base numa epistemologia decolonial, considerando-as participantes da pesquisa como coprodutoras do conhecimento produzido. Concluímos que as redes de comunicação e cuidado em saúde mental podem, em um primeiro momento, nascer

como um braço das instituições de saúde, dentro dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) ou de projetos de extensão, mas se organizam e multiplicam de forma dinâmica. A comunicação é basilar na constituição, organização, compartilhamento e multiplicação dessas redes. As mulheres acionam redes ou são convidadas a participar delas por meio da indicação de amigas, conhecidas, familiares, chegam até às redes por meio do acesso à educação, do contexto profissional ou da militância, ou descobrem as redes guiadas pela necessidade de cuidar. Juntas, acabam criando e fortalecendo laços de amizade com outras mulheres também estão em situação de abandono pelo Estado, pelas famílias e são invisibilizadas pelas políticas públicas, ganham força, pela troca de conhecimentos, pela possibilidade de acessar determinados lugares e lutar pelo direito à comunicação. As redes de apoio são lugares em que essas mulheres trocam informações, compartilham referências de livros, vídeos, cartilhas, eventos e munidas dessa informação, conseguem sair um pouco da periferia discursiva na busca por posições mais centrais nos espaços em que elas transitam.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde, Saúde Mental, Iniquidade de Gênero, COVID-19 e Redes de apoio social

RESUMEN

Esta investigación nació con el objetivo de comprender la dimensión comunicacional de redes de apoyo que las mujeres activan y constituyen para tratar la salud mental en la pandemia. En las crisis sanitarias, las mujeres se encuentran entre los grupos más vulnerables a los impactos de las desigualdades sociales, que se materializan en situaciones con mayor dificultad de acceso a la salud, alta exposición a las violencias visibles e invisibles, desempleo, hambre, pérdida de ingresos, sobrecarga derivada de múltiples jornadas de trabajo y ataques a los derechos previamente adquiridos (Beauvoir, 1949). Este escenario propicia la producción de sufrimiento psicológico y enfermedad de las mujeres, al aumentar las vulnerabilidades y la precariedad de la vida (Butler, 2011). Históricamente silenciadas, subordinadas y violadas de múltiples maneras, las mujeres sufren la negación de sus derechos y diversas formas de silenciamiento. En particular, las mujeres que viven en sufrimiento psicológico experimentan el estigma y la deslegitimación de sus discursos. En este contexto, vemos el derecho a la comunicación como parte fundamental del derecho a la salud, con dos dimensiones: derecho a la información y derecho a la voz (Araujo y Cardoso, 2007). Adoptamos la perspectiva teórica de Araujo (2002) según la cual la comunicación opera como un espacio y un proceso en el que, y a través del cual personas en diferentes posiciones sociales producen significados, los hacen circular y se apropian de ellos. Por lo tanto, el derecho a la comunicación está atravesado y delimitado por disputas simbólicas y negociaciones constantes. Adoptamos el concepto de lugar de interlocución (Araujo, 2002), como eje conceptual-metodológico para estudiar las dimensiones comunicacionales de este proyecto, considerando que la distribución del poder de la palabra es móvil y que una persona puede estar en más de un lugar, según sus contextos sociales, situacionales, institucionales y personales. La comunicación es, de este modo, un recurso central para la garantía de otros derechos que, en el caso de las mujeres, están relacionados a cómo pueden constituir y activar sus redes de comunicación sobre el cuidado para hacer frente a la salud mental en medio de la pandemia. La metodología incluyó conversaciones individuales y colectivas con 8 mujeres, que se identifican como cuidadoras parentales en salud mental y tienen alguna experiencia en salud mental, residentes en cuatro ciudades brasileñas: Rio de Janeiro (RJ), Natal (RN), Salvador (BA) y Criciúma (SC). En las conversaciones, experimentamos una metodología inclusiva, desde la perspectiva de la escucha y el protagonismo de las mujeres, basada en una epistemología decolonial, considerándolas participantes de la investigación como coproductoras del conocimiento producido. Concluimos que las redes de comunicación y atención en salud mental pueden, al principio, nacer como un

brazo de las instituciones de salud, dentro de los Centros de Atención Psicosociales (CAPS) o proyectos de extensión, pero se organizan y se multiplican dinámicamente. La comunicación es fundamental en la constitución, organización, intercambio y multiplicación de estas redes. Las mujeres activan a las redes o son invitadas a unirse a ellas por indicación de amigas, conocidas y/o familiares, llegan a las redes por acceso a la educación, contexto profesional o militancia, o descubren las redes guiadas por la necesidad de cuidar. Juntas, crean y estrechan lazos de amistad con otras mujeres también abandonadas por el Estado, por sus familias e invisibles por las políticas públicas; así contribuyen por la difusión de conocimientos, posibilidades de accesos y derecho a la comunicación. Las redes de apoyo son lugares donde estas mujeres intercambian informaciones, comparten referencias de libros, vídeos, folletos, eventos y, con estas informaciones, son capaces de salir un poco de la periferia discursiva en busca de posiciones más centrales en los espacios que ellas transitan.

Palabras clave: Comunicación y Salud, Salud Mental, Inequidad de Género, COVID-19 e Redes de Apoyo Social

LISTA DE SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AMME	Associação Mãos de Mães de pessoas com Esquizofrenia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FEM	Fórum Econômico Mundial
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF Figueira	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
NUPSAM	Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OIT	Organização Internacional de Trabalho
OSC	Organização da Sociedade Civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PPA	Plano Plurianual da União
PPGICS	Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENFA	Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UNB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

PARTE I – O INÍCIO DA ESTRADA

MEMORIAL	14
INTRODUÇÃO	19
1 CAMINHOS TEÓRICOS- CONCEITUAIS	26
1.2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE:INTERFACE, DISPUTAS, LUTAS E DESAFIOS.....	28
1.2.1 Democracia e comunicação: o que nos diz essa relação?.....	31
1.2.2 A cidadania como base para o direito à comunicação.....	33
1.2.3 Comunicação e poder.....	35
1.3 A comunicação como Mercado Simbólico.....	37
1.4 Direito à voz: em que lugar estão as mulheres em sofrimento psíquico.....	40
1.4.1 Comunicação, gênero e saúde mental: a subalternidade e a asfixia social das mulheres.....	43
1.4.2 Um olhar decolonial para a comunicação.....	45
1.5 As redes de comunicação: potências e construções coletivas.....	48
2 GÊNERO, CUIDADO E SAÚDE MENTAL	54
2.1 “Eles chamam de amor, nós chamamos de trabalho não remunerado”: o cuidado como atribuição exclusiva da mulher.....	56
2.2 O cuidado em saúde mental sob uma perspectiva de gênero.....	57
2.2.1 Reforma psiquiátrica: novos tempos, novas responsabilidades.....	59
2.2.2 O papel da família nas novas configurações de cuidado em saúde mental.....	61
2.3 E o cuidado das mulheres que cuidam, como fica?.....	62
2.4 Gênero, saúde mental e cuidado em tempos de Covid-19 no Brasil.....	65
PARTE II – FAZERES E SABERES	
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS	78
3.1 A linha tênue entre o entusiasmo e o medo: o preparo para o campo	80
3.2 A seleção das participantes.....	82
3.3 Primeiros passos na pesquisa de campo.....	85
3.4 Uma aspirante a pesquisadora em seus diferentes lugares de interlocução.....	85
3.5 Mulheres em roda: percepção geral.....	86
4. AFASTA DE NÓS ESSE CALE-SE: AS MULHERES E SEUS CONTEXTOS ...90	

4.1 Bárbara.....	91
4.2 Eliana.....	93
4.3 Leide.....	98
4.4 Vanessa.....	102
4.5 Laila.....	105
4.6 Iolanda.....	108
4.7 Helena.....	110
4.8 Kaká.....	112

PARTE III- PENSAMENTO E MOVIMENTO-

5. REDES DE COMUNICAÇÃO, CUIDADO E SAÚDE MENTAL ENTRE

MULHERES	117
5.1 Redes de apoio em saúde mental referidas às mulheres.....	117
5.2 Como e quando as mulheres em sofrimento acionam redes de apoio?.....	121
5.3 O lugar da informação e da comunicação nas redes de apoio sobre cuidado em saúde mental	127
5.4 Reflexões sobre gênero, saúde mental e cuidado.....	134

PARTE IV – NOVOS CAMINHOS-

CONCLUSÃO	140
POST- SCRIPTUM	143
REFERÊNCIAS	146
ANEXO A - MODELO DE TCLE	159
ANEXO B - ROTEIRO TEMÁTICO PARA ORIENTAÇÃO E MEDIAÇÃO DAS RODAS DE CONVERSA	164
ANEXO C – COMPROVANTE DO COMITÊ DE ÉTICA	165
ANEXO D – DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES DE PESQUISA	167

Parte I

– O início da estrada –

MEMORIAL

*“Esta é a minha memória.
Dela eu sou aquela que nasce,
mas também sou a parteira”.*

Eliane Brum

Escolhi essa frase da Eliane Brum para a epígrafe que dá início à esta dissertação não só pelo fato dela ser uma das minhas autoras preferidas e uma das jornalistas mais admiráveis e sensíveis da imprensa brasileira, mas também porque essas palavras, que fazem parte de seu primeiro livro autobiográfico, batizado por *“Meus Desacontecimentos- A História da Minha Vida com as Palavras”*, me atravessam a tal ponto de eu me identificar, durante a escrita deste texto, em um trabalho de parto infinito.

Quando comparo meu processo de pesquisa/escrita a um parto infinito, é porque, de fato, essa dissertação nasceu a duras penas, em tempos muito difíceis - atravessados por um cenário político caótico no Brasil, pela pandemia global de COVID-19 e todos os seus desdobramentos. Além disso, o tema escolhido para essa dissertação também faz parte das minhas vivências e memórias mais pessoais e intensas. Por isso, não posso esconder: algumas páginas foram paridas sob lágrimas – de emoção, de felicidade, de dor, de medo – e outras só se materializaram em formato de texto porque saíram “à fórceps”, embora eu tenha as escrito por diversas vezes na minha cabeça. Penso que escrever, de modo tão íntimo e/ ou sobre algum tema que nos toca, é algo que desperta um mix de sentimentos. Não é fácil assumir um lugar de fala em um trabalho científico, tampouco, aderir certa desobediência epistêmica (MIGNOLO, 2008), mas, particularmente, eu não consegui trabalhar com distanciamento total do meu objeto de pesquisa (não seria meu trabalho, se não fosse assim). Nesta jornada, repleta de dores, desafios, delícias e descobertas incríveis, aprendi com a filósofa feminista Haraway (1995), que todo saber é localizado e que, ao assumir uma perspectiva teórica feminista, não há como assumir um lugar de objetividade, ignorando minha subjetividade. Também aprendi que a objetividade feminista crítica é indissociável dos saberes localizados (HARAWAY, p.12, 1995), mas isso não significa o abandono do rigor e da responsabilidade científica já que que nessa dita objetividade, afinal, “apenas a perspectiva parcial promete visão objetiva” (Idem, 1995, p.21) e o “feminismo tem a ver com as ciências dos sujeitos múltiplos com (pelo menos) visão dupla”.

Dito isso, peço licença para contextualizar um pouco os meus lugares de interlocução não só de aspirante a pesquisadora, mas também de uma mulher que, desde 2013, vive experiências muito marcantes com saúde mental e que acha que é impossível se desfazer dessas bagagens, despachando-as em uma mala em direção a uma terra distante. Essas vivências fazem parte das minhas memórias, da minha caminhada, das minhas escolhas acadêmicas e profissionais, do meu interesse em me aproximar dos estudos de gênero e saúde mental e pensar nestes temas a partir da comunicação. A grande educadora e escritora Conceição Evaristo tem uma metodologia belíssima a qual batizou de Escrivivência. Em síntese, a escrevivência é um convite para quem escreve assumir um lugar de enunciação de si ou de um coletivo e permite a valorização das experiências de quem materializa os saberes na tinta da caneta ou no teclado. Peço licença poética para Conceição Evaristo para falar sobre de onde venho e sobre as minhas escrevivências, que particularmente acho que combinam com o termo “escrevinhanças”, já que escrever, na minha visão, é movimento. Escrevo enquanto pesquiso. Enquanto escrevo, resgato memórias. Ouço, observo, aprendo e escrevo. Escrevo, solitariamente, mas sempre acompanhada de referências e saberes, que gentilmente li, ouvi, fui ensinada e tive a oportunidade de acessar.

Neste caminhar, como aspirante a pesquisadora, minha trajetória enquanto jornalista não pode ser esquecida e minhas experiências enquanto principal pessoa rede de apoio de minha mãe que vive com um diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e como uma mulher que precisou, em determinado momento, buscar cuidado e redes de apoio. Assim como eu, sei que a maioria das mulheres está situada nesta posição de cuidar e deixo a reflexão sobre o tema para o decorrer dos capítulos seguintes. Por enquanto, divido uma memória recente e significativa. Recebi um exemplar do “Leve a Sério o Que Ela Diz”, publicado por Isabella Lanave, fotógrafa e jornalista, com o propósito de acolher e compartilhar vivências e histórias sensíveis sobre pessoas que já tiveram alguma experiência com saúde mental. Eu e Isabella temos algumas coisas fortes em comum: somos jornalistas graduadas pela PUCPR, fazemos aniversário no dia 26 de abril e nossas mães fazem tratamento para o mesmo diagnóstico. O título do manuscrito de Isa já é um protesto simbólico: ela sempre ouviu das pessoas para não levar a sério o que sua mãe dizia por conta do seu diagnóstico. Felizmente, ela questionou os porquês desse silenciamento e não só começou a ouvir sua mãe, ouviu várias pessoas que, gentilmente, contaram um pouco de suas histórias no projeto.

Ao receber o livro, pensei nos passos que me movem e nas inquietações que articulam as temáticas de saúde mental, gênero e comunicação que se entrecruzam nesta pesquisa. Quando tive minha primeira experiência com saúde mental, foi algo intenso e duro. Além de

não entender o que estava acontecendo e lidar com muitas dificuldades para obter informações relevantes sobre o assunto, eu não tinha rede de apoio. A falta de acolhimento e paciência por parte de alguns profissionais de saúde me despertou um certo incômodo. Neste cenário, comecei a me questionar sobre invisibilidade, banalização, estigma e, principalmente, sobre a falta de informações sobre saúde mental de forma responsável na mídia. Foi assim que propus minha monografia sobre o transtorno bipolar na perspectiva da mídia. Desde então, continuo buscando conhecimento sobre o assunto de diversas formas: participando de grupos de apoio, fazendo cursos de extensão, tendo contato com livros e filmes e, claro: acompanhando as trajetórias da minha mãe.

Falar sobre o assunto de uma forma mais pessoal é um desafio imenso para minha pessoa. É mais fácil dizer que meus interesses em relacionar as áreas de saúde e comunicação começaram em 2013 e o primeiro fruto dessa curiosidade foi apresentado em uma monografia sobre o transtorno bipolar na perspectiva da mídia, em 2016. Também é mais simples contar que, minha vontade de dar continuidade à vida acadêmica e os estudos continuaram e que, no ano de 2019 fui aluna do curso extensão chamado *“Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira”*, promovido pelas pesquisadoras Dras. Melissa Pereira Oliveira e Rachel Gouveia e, pela primeira vez me senti acolhida em um grupo composto por quase 30 mulheres, com experiências distintas (psicólogas, professoras, enfermeiras, militantes da saúde mental, pacientes e/ou familiares, que compreendem o quanto os sofrimentos socialmente produzidos podem impactar a vida de uma pessoa e o quão potente são as redes de apoio e o privilégio da troca de experiências e informações, a partir do exercício ao direito à comunicação e à informação de qualidade.

É mais fácil associar esses fragmentos da minha história como mulher, filha e jornalista ao meu desejo enquanto estudante do Programa de Pós- Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e aspirante a pesquisadora para realizar este projeto é entender como esses temas afetam a vida das mulheres em um período tão doloroso e que, ao mesmo tempo, exige tantas respostas por parte das políticas públicas, da ciência, da saúde, da comunicação e da sociedade em geral.

Mas, voltando à inspiração que tive ao ter em mãos o *“Leve a Sério o que ela Diz”*, penso: será que não cabe, na vida acadêmica, situar o lugar de pertencimento ou “lugar de fala” em que nos situamos? Será que minhas faces enquanto aspirante a pesquisadora, jornalista, filha e mulher são totalmente fragmentadas? Hoje, tenho certeza que não!

Quando penso em redes de apoio e sistemas de cuidado, percebo que nós, mulheres, estamos, na maioria das vezes, sozinhas no sentido de cuidar de alguém e vamos adoecendo

por conta disso. Quando eu tinha sete meses, minha mãe se desdobrava para cuidar de mim e do meu pai que faleceu de um câncer no intestino, na mesma época. Anos depois, ela também cuidou do meu irmão mais novo em seu tratamento contra um tumor no rim, cuidou da minha avó doente no hospital, cuidou de tudo e todos e, assim, foi deixando de cuidar de si mesma até que adoeceu.

Assim como minha mãe, há muitas histórias de mulheres que se dedicaram tanto à família e ao atendimento das expectativas alheias a ponto de carregar as dores do mundo nas costas, silenciando suas necessidades e abdicando de si mesmas, sem garantia de uma troca justa e recíproca por parte do outro e, conseqüentemente adoeceram ou tiveram alguma experiência com sofrimento psíquico.

Eu tive o prazer de conhecer algumas dessas mulheres durante este projeto e, com isso, tenho mais convicção ainda do quão importante é exercitarmos a escuta, bem como pensarmos formas mais inclusivas de fazer pesquisa e lançar luz às temáticas de saúde mental e gênero, a partir de uma perspectiva crítica de comunicação e informação em saúde.

Convido a você que está lendo seguir comigo nas próximas páginas e mergulhar nestas histórias tão poderosas e, finalizo essa apresentação agradecendo ao universo por ter chegado até aqui, pois como diz o poema da escritora Flávia Campos, “Hoje encontrei pedaços de mim em mulheres gigantescas que cruzaram meu caminho, estou mais inteira Graças a elas. Ô sorte”. (CAMPOS, 2020, p.174)

INTRODUÇÃO

O ano é 2019. Ano que marca algumas primeiras vezes na vida da jornalista que está se encontrando na Comunicação e Saúde e há muito tempo se interessa pelo universo da saúde mental. Foi neste ano a primeira vez que tive contato com diversas mulheres que atuam na saúde mental, como profissionais que cuidam, como ativistas, como cuidadoras parentais informais e pesquisadoras. Com esses encontros, comecei a montar algumas peças do quebra-cabeça que move minhas inquietações acadêmicas e pessoais e descubro, com essas mulheres, a urgência de se olhar para saúde mental, pensando nas questões de gênero e no direito à comunicação, pois, o Estado que deveria protegê-las e garantir o acesso aos direitos e às políticas públicas tão necessárias para a manutenção da vida e o acesso à saúde, na maioria das vezes, reproduz violências, oprime as mulheres, não as escuta e reproduz lógicas coloniais, psicofóbicas e manicomiais. Também aprendi com essas mulheres a potência que é se fazer rede, compartilhar informações e, sobretudo, oferecer apoio para que as companheiras que vivem algum sofrimento na pele, consigam entender que são mulheres de direitos e não apenas obrigações. Lembro da primeira vez em que entrei no prédio da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e fiquei deslumbrada por estar na Fiocruz, a convite da professora Melissa, para assistir a defesa da sua banca de doutorado sobre as experiências e as ações das mulheres na Reforma Psiquiátrica. Ali, refleti ainda mais sobre a importância de ouvirmos as mulheres "loucas" que, há tanto tempo, são interdidas, subalternizadas e excluídas de diversos espaços, mesmo tendo tanto a dizer e contar sobre quem são e o que fazem.

Essas inquietações e experiências me levaram ao lugar de mestrandia PPGICS, da Fiocruz em 2021 - o ano em que o mundo colapsou de diversas formas, por conta de uma pandemia mundial e escancarou a urgência de pensarmos sobre saúde mental, cuidado e mulheres, mas também sobre as transformações aceleradas que a comunicação e a saúde sofreram desde então. No PPGICS, minhas inquietações só cresceram e, com a ajuda de referências indispensáveis na comunicação e na saúde, pude chegar ao ano de 2022 - ano que aprendi que muito com as mulheres que cuidam de pessoas em sofrimento mental, que já vivenciaram adoecimento e em algum momento acionaram cuidados em saúde mental. Assim como muitas mulheres do nosso Brasil afora, essas mulheres que conheci não tiveram tempo para viver os lutos e nem puderam parar as lutas diárias, pois precisavam garantir a sobrevivência delas e de todos que elas cuidam, mesmo quando não estão bem. As lutas, como diria Marielle Franco, são “diversas, mas não dispersas”. Nesse sentido, a ativista feminista

Audre Lorde nos ensina muito, a partir da sua emblemática frase que diz o seguinte “Não sou livre enquanto uma mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas”. (LORDE, 2007, p. 132-133)

Tais correntes podem surgir de diversas maneiras, considerando que a história do Brasil e do mundo é composta por episódios contra as mulheres, vistas como subalternas e expostas a processos de opressão, dominação, controle e objetificação dos corpos e múltiplas formas de violência. Durante muito tempo, elas foram impedidas de manifestar suas vozes e de assumir seu lugar no mundo, para além dos papéis sociais atribuídos às mulheres a partir da produção social de gênero e do que é construído como feminino e/ou masculino. Apesar dos avanços, as desigualdades de gênero e suas consequências ainda resistem, uma vez que o sistema patriarcal articula uma série de condições para a naturalização do lugar social dos homens e das mulheres a partir do gênero, como nos ensinam Saffioti (1987), Hooks (2019) e Biroli (2018). Os avanços das lutas feministas, organizadas desde o século XIX, são louváveis, na promoção das pautas de igualdade de gênero e na conquista de direitos na vida das mulheres. No entanto, as heranças históricas e socioculturais de discriminação das mulheres ainda são feridas abertas na sociedade e, como já dizia a intelectual francesa, Simone de Beauvoir (1949, p.29), “basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados”.

A chegada da pandemia de COVID-19, anunciada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tensionou os limites da vida e trouxe à tona não somente a crise sanitária causada por um vírus mortal e todas as consequências decorrentes disso, como também aprofundou as desigualdades sociais, as crises institucionais, acentuou a iniquidade do acesso à saúde, intensificou a fome e destacou outras ‘pandemias’¹ que são muitas vezes invisibilizadas, mas que geram impactos devastadores na produção do adoecimento físico e mental. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), destaca que são essas mulheres, localizadas na linha de frente da vida e do cuidado, que estão mais suscetíveis à exploração, à sobrecarga emocional, à exaustão e tantas outras situações que geram o sofrimento. A organização² destaca que a violência de gênero impacta todas as áreas da vida das mulheres e meninas, já que uma vez praticada “mina a saúde, a dignidade, a segurança e a autonomia das suas vítimas” (UNFPA, 2020, p.1)

¹ Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contras-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>. Acesso em outubro de 2021.

² Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/topics/violencia-de-genero>. Acesso em outubro de 2021.

A experiência das mulheres brasileiras com os impactos da pandemia de Covid-19 é atravessada pela intensificação das crises de gestão política que expõem o despreparo do Estado na gestão da crise sanitária e na garantia de direitos fundamentais previstos na Constituição Federal como o direito à saúde e o direito à comunicação.

Esses direitos, que tanto demoraram a chegar às mulheres, só consideradas dignas de direitos com a Constituição Federal de 1988, foram totalmente atacados neste momento. As feridas sociais criadas em uma sociedade patriarcal, machista e misógina ficaram expostas e, apesar de todo mundo vê-las, pouco se fez para cicatrizá-las durante a gestão do ex-presidente, Jair Bolsonaro, considerado o “pior líder mundial a lidar com o coronavírus”³.

Em meio à perda de direitos, à romantização das jornadas múltiplas de trabalho sob o título de “guerreiras” e ao abandono Estatal em diversos aspectos, é inegável que as mulheres foram e continuam sendo as principais destinatárias da sobrecarga e afetadas por essas múltiplas crises de modo particular em relação aos homens, por estarem “a frente e ao centro da pandemia”. Elas lidaram com o fechamento das escolas/creches, interrupções de serviços de saúde, alterações e interrupções na forma de atendimento à saúde mental, ataques sistemáticos à Reforma Psiquiátrica, ao SUS, em um contexto de aumento da fome, das taxas de desemprego, da feminização da pobreza, do aumento da violência de gênero e dos problemas sociais. O sentimento de exaustão, desespero para dar conta de tudo, medo da morte, medo de morrer e deixar os filhos e as pessoas que dependem delas e que não contam com mais ninguém gerou uma série de sofrimentos e acentuou as crises em saúde mental de mulheres que já tinham um histórico de adoecimento ou sobrecarga de acordo com Serafim et al (2021), Melo (2020), entre outros.

Especialmente no caso das mulheres que são cuidadoras parentais informais de pessoas em sofrimento mental, existem alguns agravos no acesso à saúde e ao próprio direito à comunicação causados pela conjuntura brasileira que configurou um cenário de muitos prejuízos ao acesso à saúde mental e ao cuidado ofertado pelo SUS, que atende gratuitamente diversas populações. Na gestão Bolsonaro, o Ministério da Saúde (MS), apresentou uma proposta de revogação das portarias editadas entre os anos de 1991 e 2014 e que estabelecem a política de saúde mental baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e materializada nos serviços de saúde que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

³ Segundo o jornal americano *The Washington Post*. Disponível em: https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/jair-bolsonaro-risks-lives-by-minimizing-the-coronavirus-pandemic/2020/04/13/6356a9be-7da6-11ea-9040-68981f488eed_story.html

O ato do MS foi considerado, por especialistas da área, uma violência contra os direitos humanos e sociais e representou uma real ameaça ao retorno da política de morte para as pessoas, que precisam de acompanhamento de algum serviço de saúde mental ou que, eventualmente, precisaram acionar apoio neste sentido, durante a pandemia. Esses ataques sistemáticos à saúde mental como um direito incidem sobre a vida das mulheres que cuidam e que precisam de cuidados. Muitas delas ficaram impossibilitadas de solicitar ajuda dos serviços remotamente, por viverem na exclusão digital e terem o direito à comunicação e à saúde para a solicitação de ajuda negado. Outras, tiveram a possibilidade de cuidado por meio das tecnologias de informação e comunicação em saúde (TICS), mesmo assim se viram totalmente sobrecarregadas ao assumir o cuidado em saúde mental de familiares, em tempo integral, 24h/dia, 7 dias por semana em um momento de enfraquecimento das políticas públicas.

Neste contexto, autoras como Brandão e Alzguir (2022) afirmam que os debates sobre o direito ao cuidado, a sobrecarga feminina e articulação entre gênero e saúde não inadiáveis e que momentos como estes pelos quais passamos reforçam o quanto o desenho das políticas públicas do Estado não se sustenta mais sem considerar as dimensões de gênero, classe, raça e etnia. Para Butler (2018), essa precariedade e insuficiência do Estado na garantia de direitos conquistados sob muita luta social é fruto de um sistema político que perpetua as desigualdades, possibilitando a permanência das opressões sob as vidas que pouco importam - a vida das populações que mais sofrem com a negação de direitos. A desassistência do Estado, segundo a autora, trata-se de uma:

[...]Situação política induzida na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e econômicos mais do que outras, e ficam diferencialmente expostas a danos, à violência e à morte. [...] Populações diferencialmente expostas sofrem um risco mais alto de doenças, pobreza, fome, remoção e vulnerabilidade à violência sem proteção ou reparação adequadas [...] (BUTLER, 2018, p.40-41).

As problematizações feitas até aqui sobre precarização da vida e vulnerabilidade, nos convocam a uma reflexão sobre a importância do direito à comunicação como parte fundamental do direito à saúde. Para nós, a comunicação não é apenas uma ferramenta, mas sim um recurso central para a garantia de outros direitos que, no caso das mulheres, estão relacionados a como elas podem constituir e acionar suas redes de comunicação sobre cuidado para lidar com a saúde mental em meio à pandemia.

Trabalhamos com a comunicação enquanto um direito indissociável à saúde. Esse direito é constituído por duas dimensões: direito à voz e direito à informação e que não é

distribuído de forma equitativa como apontam Araujo e Cardoso(2007). Muitos tensionamentos atravessam o exercício desses direitos e isso implica na efetividade da participação de espaços de decisão e, conseqüentemente, na reivindicação do direito à saúde. Entendemos, a partir do modelo da Comunicação como um Mercado Simbólico, de Araujo (2004), que a comunicação é um espaço no qual as pessoas produzem sentidos, os fazem circular e se apropriam deles partindo de diferentes posições sociais. Logo, o direito à comunicação é demarcado por disputas simbólicas e negociações constantes. Assim, adotamos o conceito de “lugar de interlocução” (Araujo, 2004), para estudar as dimensões comunicacionais deste projeto, considerando que a distribuição do poder de fala é móvel e uma pessoa pode se enquadrar em mais de um lugar, de acordo com seus contextos sociais, situacionais, institucionais e pessoais.

Os contextos e circunstâncias apresentados nos permitiram fazer alguns questionamentos essenciais para a configuração do objeto desta pesquisa, que podem ser organizados em três grupos distintos, porém organicamente articulados:

- Como se constituem as redes de apoio de saúde mental em um contexto de pandemia?
- Como se configura sua dimensão comunicacional?
- De que forma as mulheres acionam as redes de apoio para buscar ajuda? Que redes são essas?
- Qual o lugar da informação e da comunicação nessas redes? Todas as mulheres conseguem igualmente fazer parte de uma rede de apoio? Se não, quais são as limitações? A pandemia atuou como elemento potencializador ou limitante?

Sintetizamos os questionamentos em uma pergunta central de pesquisa: como são configuradas as redes de comunicação e informação sobre cuidado e de que forma as mulheres impactadas emocionalmente pela pandemia acionam e/ou constituem essas redes?

Ao longo da jornada de pesquisa e do contato com as participantes, esses questionamentos geraram novas inquietações e nos apontaram muitos caminhos possíveis que reforçam a importância de pensarmos gênero, cuidado, saúde mental sob o olhar de uma comunicação enquanto direito e que pode ser inspirado na decolonialidade.

Acreditamos reunir tudo isso ao traçar como objetivo geral da pesquisa:

- Compreender como as mulheres acionam e constituem a dimensão comunicacional das redes de apoio para lidar com saúde mental em meio à pandemia.

Como objetivos específicos, nos propomos a:

- Configurar as redes de apoio das mulheres a partir de uma perspectiva de comunicação e informação em saúde;

- Verificar de que forma o exercício do direito à comunicação das mulheres se relaciona com as redes de apoio e saúde mental;
- Experimentar uma metodologia inclusiva, a partir da escuta e da perspectiva do protagonismo das mulheres, com base numa epistemologia decolonial;
- Conferir destaque metodológico e analítico aos marcadores raciais, de gênero, classe, raça e lugar de fala e contribuir para os debates sobre saúde mental e gênero, com foco na mulher e suas singularidades dentro do campo da comunicação.

Dado o contexto, essa dissertação é aderente à linha de pesquisa 2 do PPGICS, que se propõe a lançar luz sobre temas de “Comunicação, Poder e Processos Sociais em Saúde” e tem como um dos eixos de investigação “as relações entre comunicação, interseccionalidade e produção das desigualdades sociais em saúde, valorizando conceitos e práticas voltados para uma comunicação democrática, descentralizada e emancipatória”⁴

Para atingir estes objetivos, construímos um percurso metodológico e analítico a partir de quatro escolhas: a opção por uma perspectiva de comunicação e saúde mental que dialoga com os estudos de gênero – sobretudo com a epistemologia feminista; o entendimento da comunicação a partir do modelo da Comunicação como Mercado Simbólico (Araujo, 2004), com ênfase na perspectiva de comunicação e informação em saúde; o destaque analítico do conceito de Lugar de Interlocução (Araujo, 2004), que foi adotado como eixo conceitual-metodológico para compreender as dimensões comunicacionais das redes de apoio e comunicação entre mulheres que cuidam ou que precisam de cuidados em saúde mental; e a escolha de procedimentos metodológicos que valorizam a escuta, o lugar de fala e o protagonismo das participantes que não são consideradas como objetos de pesquisa e sim coprodutoras de conhecimento. Trabalhamos com o método de Conversações proposto por Araujo (2015)⁵.

Nosso grupo foi composto por mulheres oito mulheres, que se identificaram enquanto cuidadoras parentais informais, mulheres que vivenciam ou já vivenciaram situações de sofrimento mental, residentes nas seguintes cidades: Bahia/BA, Natal/RN, Rio de Janeiro/RJ e Criciúma/SC. Chegamos até essas mulheres por meio do contato com o Coletivo Mulheres Cuidadoras na Atenção Psicossocial, um projeto de extensão universitária do Núcleo de

⁴ Disponível em: <https://ppgics.icict.fiocruz.br/linha-2>:

⁵ A metodologia, ainda não publicada, foi desenvolvida por Inesita Soares de Araujo como produto de estágio pós-doutoral. As conversações são parte da metodologia e consistem em sucessivas aproximações da periferia para o centro, em referência tanto às dimensões da questão/situação tratada quanto em relação ao respeito ao direito a voz e protagonismo dos sujeitos da pesquisa.

Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/ IPUB/UFRJ), da Associação Papo de Mulher, coletivo feminista e antimanicomial, localizada em Salvador, na Bahia e por indicações de mulheres que se interessam pelo tema e indicaram conhecidas que não estavam necessariamente ligadas a algum coletivo. Nossa atividade empírica foi realizada virtualmente, sessões de conversa individuais com as participantes de pesquisa e duas rodadas coletivas de conversas. As participantes validaram os apontamentos sobre as conversas e as conclusões preliminares.

Para apresentar os resultados dessa empreitada, dividimos essa dissertação em quatro partes. A primeira, batizada como “O início da estrada”, abarca dois capítulos. Um deles trata das dimensões teórico-conceituais escolhidas para pensarmos sobre comunicação e saúde, tendo como ponto de partida a comunicação enquanto um direito central para a garantia de outros direitos e para o exercício da cidadania e sobre o potencial da comunicação enquanto recurso basilar para a constituição e nutrição de redes de apoio e organizações. Outro trata dos conceitos das interfaces sobre gênero, cuidado e saúde mental, da relação desses temas com o contexto do Brasil atual e urgência de conectarmos essas discussões com o direito à comunicação.

A segunda parte, chamada de “Fazer e Saber”, é dedicada à apresentação dos caminhos metodológicos escolhidos, à descrição do trabalho de campo, às experiências vividas nas rodas de conversação coletivas e individuais e à apresentação das mulheres participantes e coprodutoras de conhecimento, seus contextos e trajetórias com o cuidado em saúde mental e com as redes de comunicação e apoio.

A terceira parte, chamada de “Pensamento e Movimento”, é dedicada à análise e discussão dos resultados da pesquisa; por fim, a última parte, nomeada de “Novos Caminhos”, é dedicada à conclusão da pesquisa.

1. CAMINHOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS

“[...] Cada ser humano é uma experiência única e irrepetível, que será escutado em suas singularidades. É nesse movimento de decifração que nos tornamos capazes de compreender que não há vidas comuns, apenas olhos domesticados – e esse olhar domesticado não pode ser o nosso. É no olhar que se lança para além das camadas enganadoras de uma pretensa banalidade e dos muros impostos pelos discursos fechados que se faz a resistência cotidiana [...]”

Eliane Brum

Há muitas maneiras de ver o mundo. Geralmente, as pessoas o enxergam a partir de suas lentes que são moldadas por fatores diversos como padrões de criação, contextos socioculturais, condições de vida, acesso a espaços de poder e privilégios, entre outros. Quando elas não reconhecem a importância de parar um pouco para limpar as lentes e permitir-se enxergar além do que se vê, tendem a manter os “olhos domesticados” (BRUM, 2013) – o que, infelizmente, alimenta uma cegueira arrogante, impedindo o ato de ver e sentir o mundo além do próprio umbigo, já que os olhos se tornam “uma espécie de espelhos virados para dentro” (SARAMAGO, 1995, p.23).

A cegueira é inimiga mortal de quem se propõe a fazer uma ciência comprometida com um mundo mais justo, inclusivo, plural e que, busca contrapor as violências epistêmicas e os padrões eurocêntricos que desconsideram as vozes subalternizadas e esquecidas propositalmente na “zona do não ser” (FANON, 2008). É por isso, que, numa tentativa de valorizar a beleza das diferentes formas de ver, estar, se comunicar, existir e sentir o mundo, buscamos caminhos teóricos e metodológicos que lançam luz sobre as perspectivas decoloniais e contra hegemônicas. Assim, buscamos também coerência com nossa postura política por um mundo melhor, em que todas as pessoas tenham o direito de falar, serem ouvidas, consideradas como seres humanos e respeitadas por serem quem são.

Nos inspiramos na provocação de Messeder (2020, p.179) sobre a importância de “Sairmos desta cilada da episteme do conhecimento eurocêntrico-colonial [...] e questionar os espaços privilegiados, as fronteiras, os fluxos e as direções que o estruturam dessa forma, cuja aparência é uma lei natural”, na tentativa de engatinhar criando, por meio de um olhar inclusivo, um

espaço de escuta e valorização da pluralidade de vozes constantemente silenciadas. Reconhecemos o quão importante é legitimar os conhecimentos produzidos sobretudo, por países colonizados, ainda mais, se tratando de um projeto sensível às questões de saúde mental e gênero, o qual não abre brechas para uma postura de neutralidade, ignorando o fato de a nossa história, enquanto país colonizado, ser viva, desigual, intensa e carregada de abismos sociais. Justamente por reconhecer e saber da responsabilidade que carregamos enquanto mulheres que estão produzindo ciência, reconhecemos nossas limitações e buscamos caminhos coerentes para lidar com elas.

Embora considere meu olhar sensível no que diz respeito às questões sociais, sobretudo no que se refere ao universo de saúde mental, foi conhecendo a professora e pesquisadora Inesita Araujo que me senti, pela primeira vez, num divisor de águas intenso em relação aos meus modos de ver e pensar a comunicação e seu lugar na vida das pessoas, sobretudo, das que falam e luta tanto pelo direito à existência, mas nem sempre são ouvidas, acolhidas e consideradas. Penso que a provocação de reverter o olhar (ARAUJO, 2000) é constante, exigindo coragem e entrega para percorrer e se aprofundar em caminhos e descaminhos em busca de novas perspectivas. Reconheço as limitações do meu caminhar, que ainda está começando na vida acadêmica, mas busquei, nesta jornada, dar alguns primeiros passos na escolha de caminhos teóricos-conceituais que valorizam uma perspectiva de mundo inclusiva, respeitosa, plural e atenta às urgências de ser, existir e se comunicar, de diferentes formas, em diferentes lugares.

Neste sentido, o que inspira os caminhos teóricos-conceituais dessa pesquisa, não só para a seleção das referências de comunicação e saúde, como também para a construção do arcabouço teórico de saúde mental e gênero, é a compreensão de que a comunicação é um direito e um recurso central para a garantia de outros direitos. E que, muitas vezes, é um direito negado, de modo particular, às mulheres que convivem com sofrimento psíquico ou que são cuidadoras de pessoas em sofrimento e, conseqüentemente, são afetadas pelo silenciamento, pelas múltiplas violências e pelo estigma e pela deslegitimação de suas falas. A comunicação também tem um papel fundamental nos movimentos de organização e fomento de uma sociedade mais inclusiva, sensível e plural – características fundamentais para assegurar que todas as pessoas tenham direito a uma vida digna, a uma existência respeitada e legitimada e a possibilidade de exercitar sua voz para reivindicar mudanças e direitos – como o direito à saúde.

Esta visão está alinhada à comunicação pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – uma comunicação indissociável de valores como equidade, integralidade, descentralização e participação popular (ARAUJO e CARDOSO, 2007). Concordamos com a afirmação das autoras quando dizem que “comunicação só pode ser assim chamada em sua

plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem consideradas; e para tal, é imperativo que os princípios do SUS estejam na base da sua reconfiguração” (Idem, 2007, p.60). Esse olhar das autoras é essencial para a reflexão do quão importante é compreender e valorizar os caminhos, sentidos e impactos da comunicação não enquanto apenas um instrumento para organizar e transmitir informações para outra pessoa, mas sim como um fenômeno social presente nos processos sociais, nas disputas de poder, nos espaços de participação social e decisão política, no reconhecimento de direitos e no potencial de mobilização e transformação da realidade em que vivemos. Dito isso, seguimos na apresentação do marco teórico.

1.2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE: INTERFACES, DISPUTAS, LUTAS E DESAFIOS

Segundo Braga (2004), o campo de comunicação é, naturalmente, um campo de interface. Ou seja: se caracteriza pelo status de construção permanente que se faz tanto pelas contribuições e reflexões teóricas e acadêmicas quanto pelos processos sociais que fazem parte da comunicação, não somente no ambiente científico, mas também nos diferentes espaços sociais. Essa característica do campo chama atenção para a importância da comunicação nas instituições, nas agendas políticas e sociais e na academia. Neste contexto, Braga afirma que:

Todas as áreas de conhecimento (e ainda de atuação social, acrescentamos) se interessam por questões comunicacionais. Com isso, e continuamente, os múltiplos interesses de comunicação da sociedade; assim como os diferentes ângulos (disciplinas) de observação e estudos desses interesses e processos; passam também a se superpor e a gerar desenvolvimentos, ora dispersos, ora convergentes (BRAGA, p.227, 2004)

Dada a relevância da comunicação, o autor ainda destaca que, cada vez mais a comunicação “vem ocupando uma relevante parte da atenção – tanto dos responsáveis por práticas sociais como por pesquisadores de diversas áreas”. (Idem, p.228, 2004).

Nosso lugar de fala e campo principal de referência é o da Comunicação e Saúde (C&S), mas nos rendemos ao desejo, ao encanto e ao risco de pensar em que lugar está a comunicação na vida das mulheres que constroem, acionam, criam e buscam redes de apoio para lidar com situações de sofrimento mental. Conseqüentemente, estamos transitando simultaneamente e de forma articulada em campos distintos – o que amplia nossos horizontes e, ao mesmo tempo, traz enormes desafios, questionamentos e particularidades na hora de escolher marcos teóricos,

procedimentos metodológicos e os modos de pensar e compreender a dimensão comunicacional das redes de apoio e comunicação das mulheres que lidam com sofrimento mental em algum contexto de suas vidas a partir de uma perspectiva de Comunicação e Informação em Saúde.

Como alertam Cardoso e Sacramento (2020, p.6), o fazer interdisciplinar em uma pesquisa “não é uma tarefa simples ou trivial [...] e articula um conjunto de gestos epistemológicos, teóricos e metodológicos”. Nesta linha, nossos gestos epistemológicos, teóricos e metodológicos são embasados em algumas escolhas sobre as interfaces da comunicação com as temáticas de gênero e saúde mental.

Vamos começar do começo. Quando nos referimos ao campo científico, optamos pela definição deste conceito de Bourdieu (1994). Para o autor, mais do que uma área do conhecimento, o campo científico é um lugar no qual são estruturadas relações e disputas por poder. Deste modo, tais disputas são inevitáveis, uma vez que objetos e interesses são específicos e que a construção do conhecimento é fruto deste jogo.

No caso de campos destinados à produção de bens simbólicos e culturais — o caso do campo intelectual, são as disputas, lutas e competições pelo monopólio da autoridade científica que legitimam a produção de conhecimento e a competência científica. (BOURDIEU, 1994 p.131). Araujo e Cardoso (2007), principais referências na área de Comunicação e Saúde, também entendem que o campo científico é caracterizado por disputas permanentes de narrativas e perspectiva, definindo-o como:

[...] Um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizado por contextos específicos, formado por teorias, modelos e metodologias, sim, mas também por agentes, instituições, políticas, discursos, práticas, instâncias de formação e, muito importante, por lutas e negociações (ARAUJO e CARDOSO, 2007, p 19-20).

Reiterando o que dissemos anteriormente, entendemos que o olhar hegemônico sobre a comunicação não é cabível quando vivemos em uma sociedade desigual, estruturada e movida por engrenagens que oprimem, silenciam, ferem e deslegitimam a fala de quem tem menos acesso a direitos.

A comunicação enquanto direito

Os alicerces que sustentam a importância do direito à comunicação foram construídos com muito esforço e luta coletiva. Tanto é, que o direito à comunicação, só foi reconhecido como um direito humano em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos

(DUDH). Apesar deste grande avanço, não existe um consenso em relação à comunicação enquanto direito em acordos internacionais e legislações, como afirmam Stevanim e Murtinho (2021), mas, a luta pelo direito à comunicação com um direito indissociável à saúde, à democracia e à participação popular em espaços decisivos para reivindicar e garantir o exercício destes direitos é relevante e constante nas agendas democráticas. Ou seja: autores entendem que os movimentos sociais, coletivos e políticos são fundamentais para impulsionar a democratização da comunicação.

Afinal, o que é compreendido como direito à comunicação? A discussão deste conceito ganhou força no século XX, entre os anos 60 e 70, com o posicionamento da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). No relatório *Um mundo e muitas vozes – comunicação e informação na nossa época*, a entidade associa o direito à comunicação à participação na vida pública, ao diálogo e à manutenção de outros direitos. Ou seja: o direito à comunicação vai muito além de ter acesso à informação e está muito ligado à possibilidade de participar de um diálogo – *a base da democracia*.

Freire (2013) entende que a comunicação só é efetiva quando há uma relação de troca entre as pessoas e a condição mínima para que exista o diálogo é a equidade no direito de falar ou, em sua concepção, “pronunciar” o mundo e, enfim, existir⁶.

Ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais. O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciar-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não a querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados desse direito. É preciso primeiro que os que assim se encontram negados no direito primordial de dizer a palavra reconquistem esse direito, proibindo que esse assalto desumanizante continue. (FREIRE, 2013, p.98-99,)

A partir da proposição de Freire, pensamos que o “assalto desumanizante” decorrente da negação de direitos tem muita relação com a interdição do direito à vida, à cidadania e a todos os direitos fundamentais que são mais bem assegurados em regimes democráticos. Stevanim e Murtinho (2021) vão além quando afirmam que somente nos espaços democráticos existem condições favoráveis e necessárias para o exercício pleno da cidadania, esse status que é fundamental para reivindicar e garantir outros direitos como a saúde, o bem-estar físico, mental, emocional e social (STEVANIM; MURTINHO, 2021, p.42).

⁶ Para Freire, a existência não é concreta na ausência de palavras, pois a humanidade não se faz no silêncio e sim na palavra que não deveria ser privilégio de alguns, mas direito de todos.

Assim como o direito à comunicação é fruto de muitas lutas e disputas sociais, a democracia também é um regime político constantemente ameaçado – sobretudo em países como o Brasil. Antes de entrar nesta discussão, é importante pensar na relação existente entre a democracia, o direito à comunicação, e, conseqüentemente a garantia dos outros direitos fundamentais.

1.2.1 DEMOCRACIA E COMUNICAÇÃO: O QUE NOS DIZ ESSA RELAÇÃO?

Considerando que somente em espaços participativos é possível lançar reivindicar direitos como o direito à comunicação e lutar pelo acesso à saúde, é impossível pensar em democracia sem uma comunicação democrática e conectada com a participação social. A Constituição Federal vigente hoje no Brasil, foi promulgada somente em 1988 – um ano marcante para os campos da comunicação e saúde, bem como para os movimentos sociais populares e fortalecimento de grandes movimentos que defendem a democratização da saúde como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

O cenário da chamada redemocratização (restauração da democracia no Brasil após o regime militar de 1964-1984) trouxe consigo o frescor e o esperar por dias melhores e a certeza de que não existe democracia sem comunicação, tampouco existe saúde universal e gratuita sem democracia, como diz o lema “Democracia é Saúde”, defendido pelo sanitarista Sergio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, com um discurso marcante (e que ainda alimenta debates tão atuais), sobre a importância da cidadania para a garantia dos direitos sociais. São palavras dele:

Saúde não é simplesmente que as pessoas não tenham doença. É um bem-estar social que pode significar mais que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doente. Que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário digno, à água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo, ao meio ambiente [...] que tenham direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização, a livre possibilidade de autodeterminação de um povo e que não estejam a todo tempo, submetido, a violência (AROUCA, 1986)⁷

Quando Arouca afirma que “ter direito às informações sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo”, alimentamos caminhos para reflexão de quanto o acesso à informação e à voz estão ligados e são indissociáveis na construção de sociedades que prezam pela luta por

⁷ O discurso pode ser assistido na íntegra no link <https://portal.fiocruz.br/video/democracia-e-saude>

políticas de equidade e inclusão. León (2003) também compartilha deste pensamento ao defender que a democracia e a comunicação andam de mãos dadas. Deste modo, fortalecer a comunicação comunitária e a democratização dos meios de comunicação é fundamental para que garantir as conquistas de direitos adquiridos e lutar pela construção permanente de políticas democráticas e políticas públicas tão necessárias para a manutenção da vida. Sob esta ótica, a comunicação a qual se refere León não é “arena de especialistas”, mas sim:

É terreno de cada cidadão, de qualquer lugar do planeta. A ampliação radical da sociedade civil na definição das políticas de comunicação é, portanto, um dos nossos objetivos. E quando falamos em política, não nos referimos apenas aos espaços que sustentam a democracia em sua forma representativa. Falamos dos ambientes criados pela luta por uma sociedade mais justa: os movimentos sociais e suas campanhas, as redes de ONGs, os comitês pastorais [...]Espaços em formação, que prefiguram a existência de um outro mundo, que estamos ajudando a construir. (LEÓN, 2003, p.370).

Os ambientes criados sob o desejo de lutar por uma sociedade mais justa, de acordo com León (2003), evocam a necessidade do debate sobre a democratização da comunicação e a urgência da descentralização do direito à comunicação (Araujo e Cardoso, 2007) para que todas as pessoas possam participar da cena social, serem ouvidas e respeitadas.

Na prática, a democratização da comunicação é um processo complexo e, na realidade brasileira, Lima e Kucinski (2009) afirmam que pensar na democratização da comunicação vai muito além de entender a relação da comunicação com a democracia e o direito à participação social, considerando que vivemos em um cenário dominado pelas megacorporações, no qual os “Donos da Mídia”⁸ mantêm os privilégios financeiros e sociais quanto ao acesso aos meios de comunicação e ao poder de fala. “Não se trata tanto de democratizar a comunicação, trata-se de desmontar monopólios construídos em cima de concessões públicas. Usurpando concessões de serviços públicos” (LIMA e KUCINSKI, 2009, p.13)

Como diz León (2003), “a luta pela democratização da comunização não é, nem será fácil” (LEÓN, 2003, p.412), mas reconhecer a comunicação como um direito fundamental, assim como a cidadania é importante para a luta de uma agenda social e política que valoriza as conquistas sociais que são fruto da democracia.

⁸ “Donos da Mídia” é o nome de uma pesquisa realizada e publicada pelo Coletivo Intervezes Brasil que revela o quanto a concentração de poder e a propriedade dos meios de comunicação permanece nas mãos de poucos grupos (em sua maioria, políticos, líderes religiosos e empresários) A pesquisa está disponível no link <https://brazil.mom-gmr.org/br/>

1.2.2 A CIDADANIA COMO BASE PARA O DIREITO À COMUNICAÇÃO

Durante muito tempo, o direito à cidadania esteve totalmente fora do alcance das mulheres, de pessoas escravizadas, estrangeiros e pessoas pobres. Consequentemente, os direitos foram negados a esses grupos durante séculos e, mesmo com avanços ainda há vestígios que indicam que o passo não é tão distante assim, mesmo que os discursos sobre liberdade, inclusão social, democracia racial e igualdade de direitos sejam mais visíveis em nossa sociedade.

Mas o que é cidadania e como esta condição é a base para o direito comunicação? De acordo com Marshall (1967), a cidadania é construída por três pilares: direitos civis; direitos políticos e direitos sociais. No primeiro pilar, são exemplos de direitos: liberdade de expressão, direito à privacidade, direito de ir e vir. Já os direitos políticos estão relacionados à possibilidade de participação na vida pública; fazer parte, efetivamente, da vida política e lançar candidaturas, por exemplo. Por fim, entende-se por direitos sociais: direito à saúde, à alimentação, à educação e comunicação, entre outros.

A cidadania é a base do direito à comunicação porque sem ela, uma pessoa não pode participar dos espaços políticos, se fazer ouvir e falar, Segundo Marshall (1967) “A cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status” (MARSHALL, 1967, p.76).

É preciso considerar complexidade e a diversidade de contextos sociais, históricos e políticos faz com que o desenvolvimento da noção da cidadania e a efetiva inclusão social da população seja fragmentada. No Brasil, um país caracterizado por profundas desigualdades que se disseminam pelos Brasis afora, o desenvolvimento da cidadania é menor em relação aos países que foram responsáveis pelos processos de colonização — o caso da Inglaterra, por exemplo. É o que explica Carvalho (2008):

Os caminhos são distintos e nem sempre seguem a linha reta. Pode haver também desvios e retrocessos não previstos por Marshall. A França, a Alemanha, os Estados Unidos, cada país seguiram seu próprio caminho. O Brasil é exceção. Aqui não se aplica o modelo inglês, ele serve apenas para comparar por contraste. Para dizer logo, houve no Brasil pelo menos duas diferenças importantes. A primeira refere-se à maior ênfase em um dos direitos, os sociais, em relação aos outros. A segunda fase refere-se à alteração na sequência em que os direitos foram adquiridos: entre nós, o social precedeu os outros. Como havia lógica na sequência inglesa, uma alteração dessa lógica afeta a natureza da cidadania. Quando falamos de um cidadão inglês, ou norte-americano, e de um cidadão brasileiro, não estamos falando exatamente da mesma coisa (CARVALHO, 2008, p.11-12)

Mesmo diante da ampliação da noção de cidadania atrelada à promoção dos Direitos Humanos e à democracia, a desigualdade de direitos e a exclusão social das pessoas que estão “à margem” permanece latejante. As linhas abissais (Santos, 2007) traçam muros invisíveis que dividem as pessoas em grupos distintos: o das pessoas que têm acesso aos direitos, garantias e condições socioeconômicas favoráveis para reivindicar reparações e questionar injustiças e o grupo de pessoas que vivem na zona do não-ser (Fanon, 2008), e estão localizadas em centros periféricos e que precisam mais cumprir com deveres do que podem acessar direitos.

Santos, chama atenção, na obra “*Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos*” para o fato de a Declaração dos Direitos Humanos ter uma base colonial. Consequentemente, não é surpresa que “os direitos humanos surgem com o patamar mais baixo de inclusão de um movimento descendente da comunidade mais densa de cidadãos para a comunidade mais diluída da humanidade” (SANTOS, 2014, p.16). O autor destaca ainda que o documento foi escrito por pessoas diversas, com origens de distintas partes do mundo que nunca estiveram em patamar de igualdade em relação à lei e aos efeitos de dominação coletiva por processos como a colonização, por exemplo (Idem, 2014, p.17).

No cenário brasileiro, a história de negação de direitos e esquecimento das mulheres se repete. Até 1962, as mulheres casadas não eram reconhecidas como capazes e precisavam da anuência do cônjuge para praticar qualquer ato. Essa condição só avançou com a implementação da Lei 4.121, conhecida como Estatuto da Mulher Casada e que, mesmo assim, tem aspectos polêmicos como analisa Dayrell (1971). A permissão para que elas pudessem estudar, por exemplo, só foi alcançada em 1827, quando a Lei Geral entrou em vigência. E foi somente na Constituição Federal de 1988 que a mulher ganhou o status de pessoa de direitos. O documento reconhece a igualdade entre homens e mulheres perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, no artigo 5º. No entanto, as heranças socioculturais de discriminação das mulheres geram controvérsias sobre a efetivação dos direitos e aplicação da igualdade na prática.

O direito à participação nas eleições políticas e ao voto só passou a valer em 1932, de acordo com o Decreto 21.076, publicado em 24 de fevereiro de 1932, na Era Vargas. O direito ao divórcio, só foi conquistado apenas em 1977, por meio da Lei nº 6.515 de 26 de dezembro de 1977.

Em tempos pandêmicos, a imposição do isolamento somada às recomendações constantes de distanciamento social por parte de autoridades sanitárias, impulsionou o debate sobre as mudanças na forma de se comunicar e, nesta conjuntura, mais do que nunca, o acesso

à internet e ao celular tornaram-se uma condição indispensável para as pessoas criarem e manterem suas redes de apoio e contatos. No entanto, o direito à comunicação é negado aos grupos mais vulnerabilizados, segundo Araujo e Cordeiro (2020).

Simultaneamente, a desigualdade social opera sobre esse cenário: o acesso a celulares, serviço de dados de internet, recursos para planos de telefonia celular, tudo é uma vez mais concentrado em algumas camadas sociais e em algumas regiões do país, sobrepondo-se e somando-se a outras formas de desigualdades. Mesmo nas regiões mais abastadas, há inúmeras pessoas sem acesso a computadores, celulares, muitas vezes nem ao sinal de telefonia. Os abismos são adensados. (ARAÚJO; CORDEIRO, 2020)

Essa discussão reforça que não há como pensarmos na relação de comunicação e saúde sem considerar que o direito à comunicação está ligado às dinâmicas de poder e sua distribuição desigual.

1.2.3 COMUNICAÇÃO E PODER

Hasta que los leones tengan sus propios historiadores, las historias de cacería seguirán glorificando al cazador.

Provérbio africano - citado por Galeano, 1997.

A escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie, autora de “*O perigo de uma história única*”, é didática ao analisar e explicar o quanto o direito à comunicação está ligado ao poder. Quem tem mais poder, geralmente, alcança maior visibilidade, notoriedade e, conseqüentemente, tem mais influência ou capital social para ser visto, ouvido, criar e legitimar narrativas a partir de determinada perspectiva.

É impossível falar sobre a história única sem falar sobre poder. Existe uma palavra em igbo na qual sempre penso quando considero as estruturas de poder no mundo: nkali. É um substantivo que, em tradução livre, quer dizer “ser maior do que outro”. Assim como o mundo econômico e político, as histórias também são definidas pelo princípio nkali: como elas são contadas, quem as conta, quando são contadas e quantas são contadas depende muito de poder. O poder é a habilidade não apenas de contar a história de outra pessoa, mas de fazer que ela seja sua história definitiva (ADICHIE, 2019, p.9)

Esta reflexão vai ao encontro da ideia do direito à comunicação como privilégio e, por outro lado, como terreno de disputa. Assim como a comunicação só é efetiva, no sentido de

compartilhar ou “tornar comum” quando existe uma relação entre no mínimo duas pessoas, a disputa entre quem pode exercer o direito à fala e quem tenta se fazer ouvir existe devido a poderes que, mesmo invisíveis, são centrais para determinar quem mantém privilégios e quem fica em uma posição subalterna na cena social e discursiva. Bourdieu (1989) nos ajuda a adensar essa discussão a partir do conceito de poder simbólico, um poder relacional, definido como o:

[...] poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo, poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário (BOURDIEU, 1989, p. 14).

Para se fazer ouvir, uma pessoa precisa ter seu direito a voz validado por seus interlocutores, pois é somente assim que ela conseguirá contar sua própria história e ser escutada e levada em consideração, assim criando possibilidades de “fazer ver e fazer crer”. A Teoria do Poder Simbólico diz que esse poder é definido na relação entre pelo menos dois interlocutores, momento em que algum tipo de capital de um será reconhecido como legítimo pelo outro, transformando-se assim em capital simbólico. O poder simbólico é exercido na medida do capital simbólico dos interlocutores. Na prática, o reconhecimento deste capital em uma relação é o que “nos livra da insignificância, como ausência de importância e de sentido” (BOURDIEU, 2001, p 296).

No entanto, a posse de algum capital que possa converter-se em simbólico, assim como as circunstâncias que propiciam sua legitimidade são desigualmente distribuídas. As pessoas submetidas aos efeitos do poder simbólico só conseguem não se deixar afetar por ele quando tomam consciência desse tipo de relação de poder que as coloca numa situação subalterna., tarefa dificultada pela naturalização dessas relações na sociedade.

As relações comunicativas, como toda relação social, são atravessadas por relações de poder, ao mesmo tempo constitutivas e constituintes. Sob esta ótica, Matos (2009), defende que existe uma conexão direta entre o processo comunicativo e a formação do capital social. A autora se inspira em Bourdieu quando se refere ao capital social, mas tem uma conceituação própria sobre o assunto, ao dizer que o capital social conectado à comunicação também pode ser definido como “um conjunto de redes de comunicação e cooperação que facilitam a constituição das ações coletivas”. (MATOS, 2009, p.19) Portanto, não há como pensar sobre comunicação, sem considerar qual é seu lugar nas relações, na criação e fortalecimento de vínculos sociais, na gestão de comunidades, nas organizações sociais e nas instituições como

de modo geral, já que “a comunicação como atividade coletiva [...] envolve o uso da linguagem e o fortalecimento de vínculos sociais [sendo] uma condição necessária para a formação e utilização do capital social” (Idem, 2009, p.23)

Sendo a comunicação central para a constituição de redes e vínculos, é preciso considerar que a comunicação é plural, assim como as instituições, comunidades, organizações sociais e isso influencia na formação do capital social. Por valorizarmos a importância da comunicação plural, escolhemos, além de Matos, autores/autoras e metodologias que se contrapõem às perspectivas utilitaristas/ funcionalistas que predominaram há décadas nas definições acerca da comunicação, podendo ser ainda consideradas hegemônicas. O modelo matemático ou informacional (SHANNON & WEAVER, 1949) estrutura e dá visibilidade a essa abordagem, pela qual a comunicação é compreendida como um recurso que serve apenas para propagar ideias, circular discursos, e divulgar informações, concentrando esforços na escolha dos meios de comunicação e na construção da mensagem, com a finalidade de fazer com que a informação chegue às pessoas, sem considerar a importância do diálogo a possibilidade de ouvir o que estas pessoas têm a dizer.

Nas palavras de Araujo, o modelo puramente informacional consiste na “ditadura do emissor” (2006) e, justamente, por acreditarmos na força da pluralidade de vozes, na escuta e no direito à voz como essência de uma comunicação inclusiva e transformadora é que assumimos uma abordagem teórica que refuta a ideia da comunicação como apenas uma ferramenta. Por isso, optamos pela concepção da comunicação como processo de produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais, estruturante do modelo de Comunicação como Mercado Simbólico, desenvolvida por Araujo (2002).

1.3 A COMUNICAÇÃO COMO MERCADO SIMBÓLICO

Ao contrário do modelo da “ditadura do emissor”, o da Comunicação como Mercado Simbólico nos provoca a adotar uma outra forma de pensar a comunicação, pois se contrapõe à perspectiva informacional e instrumental da comunicação e considera a existência de múltiplas vozes que podem representar instituições governamentais, veículos de comunicação, comunidades, Organizações da Sociedade Civil (OSC), pessoas físicas, pessoas jurídicas, entre outras.

Nesse modelo, a comunicação é um espaço e um processo no qual e pelo qual as pessoas, em diferentes posições sociais, produzem sentidos, os fazem circular e deles se apropriam. A produção e circulação de sentidos e a busca por posições que conferem maior

destaque e poder discursivo para exercitar o direito à fala e legitimação de saberes são marcadas por disputas e negociações constantes entre as pessoas, que não estão em condições equivalentes de negociação. Por isso, o Mercado Simbólico da comunicação é definido como um “mercado de desiguais” e por isto “a negociação que nele se processa tem o caráter de luta por posições de poder discursivo. Como toda luta, supõe confrontos e embates, mas também acordos, alianças, sinergias.” (ARAUJO, 2002, p. 290). Deste modo, as pessoas negociam a produção e circulação dos sentidos sociais, em busca do reconhecimento dos seus discursos, que traduzem “seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade.” (ARAUJO, 2004, p.3).

Essas negociações são feitas a partir do lugar de interlocução de cada um, conceito proposto por Araujo (2004), que adotamos como eixo conceitual-metodológico para estudar as dimensões comunicacionais deste projeto. Segundo Araujo (2009), o conceito de lugar de interlocução foi desenvolvido a partir da articulação de outros três conceitos – lugar de fala (BENVENISTE, 1989), lugar de leitura (LANDOWSKI, 1992) e espaço de enunciação (BHABHA, 1998) – e diz respeito à posição ocupada por cada pessoa no mercado simbólico, de acordo com os contextos sociais, situacional institucional e pessoal seu e de seus interlocutores.

O lugar de interlocução pode ser privilegiado e atribuir um status de autoridade discursiva para uma pessoa – posição centro – ou colocar a pessoa em uma posição periférica, que indica pouca ou nenhuma possibilidade de “fazer ver e fazer crer”. É possível que uma pessoa se enquadre em mais de um lugar de interlocução, uma vez que a distribuição do poder de fala varia de acordo com os contextos nos quais as pessoas estão inseridas, mudando seu lugar de interlocução. Alguns contextos foram privilegiados no Modelo da Comunicação como Mercado Simbólico.

- Contexto situacional

Segundo Araujo, o contexto situacional “referencia o lugar social do qual e no qual os interlocutores desenvolvem suas relações comunicativas e participam da disputa de sentidos” (ARAUJO, 2002, p.58). Nesse lugar, a fala de cada pessoa tem um grau de legitimidade, conferindo-lhe assim um determinado poder de fala. Uma pessoa pode ocupar mais de uma posição, considerando os contextos situacionais em que ela se insere. Exemplo: uma mulher pode ocupar o lugar de cuidadora parental informal quando está prestando auxílio a um familiar que precisa de ajuda. No entanto, essa mesma mulher também ocupar o lugar de paciente, pode ser uma líder comunitária, professora, ativista e gestora de uma organização social. São

múltiplos contextos situacionais que, no caso dessa mulher, podem ser vividos ao longo de um dia só e, em cada um deles, essa mulher poderá falar e ser ouvida de forma diferente.

- Contexto existencial

O contexto existencial é constituído por fatores que situam uma pessoa no mundo, como: “sua história de vida, seus grupos de pertença, gênero, classe, idade, sua experiência anterior com o referente de cada ato comunicativo e, muito importante na prática de intervenção social, uma história de relações com as instituições, governamentais ou não”. (ARAUJO, p.58, 2002)

- Contexto textual

O contexto textual tem relação com a proximidade “entre textos na mesma superfície espacial ou temporal”. Assim, “A posição de cada enunciado em relação ao que lhes são próximos constitui condição de produção dos sentidos possíveis.” (ARAUJO, 2002, p. 57). Exemplo: uma cartilha produzida por um coletivo de mulheres que realizam grupos de suporte mútuo ou uma participação de uma mulher ativista da saúde mental em um evento é capaz de produzir sentidos múltiplos, dependendo do meio de circulação: congresso científico, conferência de saúde mental, jornal de grande circulação, entre outros. Ao ganhar visibilidade, uma cartilha ou uma fala, neste cenário, adquirem um potencial de luta.

- Contexto intertextual

Ao contrário do textual, o contexto intertextual não é constituído pela proximidade física, mas pela mesma relação de contiguidade, a de textos que estão na memória, pela “rede de semiose que é acionada a cada enunciação, que se nutre da memória discursiva. Qualquer texto tem seu intertexto, mas ele não é o mesmo para todos os interlocutores. Depende do seu conhecimento, sua experiência, cada pessoa tem sua rede textual particular.” (ARAUJO, 2002, p.58).

O posicionamento de cada interlocutor é indissociável de fatores que promovem mediação entre posições de poder. Segundo Araujo (2009), “é impossível falar de contexto sem falar de mediação, sendo eles inseparáveis na prática comunicativa, portanto no processo de produção social de sentidos” (ARAUJO, 2009, p.5). Os fatores de mediação “são os elementos que promovem os fluxos simbólicos entre Centro e Periferia” (ARAUJO, 2002, p. 264). na cena social e discursiva. Além disso, “sua valoração está vinculada à noção de capital simbólico” (ARAUJO, 2002, p. 264).

Como parte constitutiva do seu modelo da comunicação, Araujo desenvolveu uma matriz analítica do Mercado Simbólico cujo propósito é identificar os fatores de mediação em um dado mercado simbólico, seus efeitos sobre os lugares de interlocução e, conseqüentemente,

os fluxos das posições de poder discursivos das pessoas.⁹ Segundo a autora, a matriz analítica possibilita uma “estrutura de análise das relações de poder na sociedade, no contexto das políticas públicas e na perspectiva discursiva”. (ARAUJO, 2004, p.9). As posições discursivas são “móveis, relacionais negociadas e por fatores de mediação, que são elementos simbólicos e materiais que promovem o fluxo dos interlocutores entre essas posições” (IDEM, 2004, p.9) e a matriz busca sistematizar este espaço em que as negociações ocorrem.

1.4 Direito à voz: em que lugar estão as mulheres em sofrimento psíquico?

As mulheres andavam em silêncio na direção do Departamento A, conhecido como Assistência. Daquele momento em diante, elas deixavam de ser filhas, mães, esposas, irmãs. As que não podiam pagar pela internação, mais de 80%, eram consideradas indigentes. Nesta condição, viam-se despedidas do passado, às vezes até mesmo da própria identidade. Sem documento, muitas pacientes do Colônia eram rebatizadas pelos funcionários. Perdiam o nome de nascimento, sua história original e sua referência como se tivessem aparecido no mundo sem alguém que as parisse (ARBEX, 2013, p.25)

Em Holocausto Brasileiro, Arbex (2013) denunciou um genocídio cometidos contra 60 mil pessoas no país, internadas em um dos maiores hospitais psiquiátricos do país, em Barbacena, Minas Gerais. Mais de 70% das pessoas internadas, segundo a autora, não tinham diagnóstico psiquiátrico e eram considerados os indesejáveis sociais. As mulheres, por sua vez, não tinham o direito à voz e muitas eram classificadas como “loucas” devido às lógicas machistas e violências simbólicas e físicas perpetuadas pelo patriarcado. As internas, geralmente “Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento”. (ARBEX, 2013, p.92). Resumindo: as mulheres eram internadas para não serem vistas, desaparecerem e terem suas vozes caladas. Além de sofrerem com a violência e desumanização extrema, essas mulheres foram cruelmente silenciadas e impedidas de exercerem não somente o direito à voz como também o direito à saúde.

O direito à voz é uma das dimensões que constituem o direito à comunicação, já que o direito à comunicação compreende também o acesso à informação (Araujo e Cardoso, 2007).

Mais do que um instrumento de mudança, o direito à voz é um grito pelo direito à existência. Quando as pessoas não são ouvidas e não encontram espaços para participar da vida social, reivindicar seus direitos e se colocar para o mundo, há quem fale por elas e isso tem um

⁹ Ver capítulo de metodologia.

impacto. Neste caso, a história das pessoas que foram internadas em instituições psiquiátricas, ficou apagada e esquecida durante muito tempo. Mesmo que essas histórias hoje sejam reveladas e divulgadas, existem cicatrizes de sentido (Araujo, 2002) que ficam gravadas na memória discursiva e no imaginário social sobre esse grupo. Quando essas cicatrizes não estão bem resolvidas, elas voltam a doer já que, essas marcas são

Formadas por discursos que um dia foram hegemônicos, somados a uma memória da história vivida, elas são acionadas em processos de negociação dos sentidos. Já as feridas abertas são feitas do presente histórico e discursivo, são provocadas pelos acontecimentos do momento, são produto e produzem os novos discursos (ARAÚJO, 2002, p.164).

A interdição do direito à voz para grupos inferiorizados socialmente é uma realidade e a conquista do direito à voz perpassa muitas reivindicações, lutas e transformações sociais que nascem a duras penas, principalmente por movimentos sociais. Enquanto as desigualdades sociais, econômicas, políticas e estruturais fizerem parte das realidades, a subalternização dos discursos existir e a distribuição do direito à comunicação e à escuta for desigual, as interdições ao direito à voz se reinventarão. Durante muito tempo, as mulheres foram silenciadas, não puderam participar de decisões importantes sobre suas vidas e tiveram direitos negados. Isso ainda é uma realidade, uma vez que, mesmo diante de conquistas como o direito ao voto, o direito à possibilidade de estudar, de se candidatar a cargos públicos e exercer os direitos à saúde sexual e reprodutiva, a todo instante, elas lutam para serem ouvidas e consideradas.

Como as reparações históricas estão longe de serem contempladas, a negação do direito à voz, da cidadania e do status de as mulheres serem pessoas que possuem direitos, há muitas “cicatrizes de sentido” (Araujo, 2004) que voltam à tona, já que coisas ditas e silenciadas por alguém a partir de articulações entre poder e desigualdades no direito à voz tornam-se feridas expostas e endossam um imaginário social e discursivo que nem sempre condiz a realidade. Araujo e Cardoso (2007) são assertivas na afirmação de que o direito à comunicação é indissociável ao direito à saúde e pensar sobre as potencialidades discursivas, os silenciamentos históricos, as polifonias e os contextos nos quais as mulheres estão inseridas é um caminho que faz diferença na compreensão de como os direitos são acionados.

Se, de modo geral, as mulheres não eram consideradas pessoas dignas de serem ouvidas, quando consideradas “loucas” e “desviantes” (Foucault, 2008) as abissalidades (Santos, 2007) na negação dos direitos à voz se adensam ainda mais. Segundo Foucault, durante muitos séculos, a palavra da pessoa que era acometida pela “loucura” não era ouvida e quando se ouviam essas pessoas, o discurso era simplesmente ignorado e apagado. Consequentemente,

aquela palavra não existia. Quem detinha o poder de validar qualquer discurso era o médico psiquiatra formado a partir do modelo biomédico.

Jamais, antes do fim do século XVIII, um médico teve a ideia de saber o que era dito (como era dito, por que era dito) nessa palavra, que, contudo, fazia a diferença. Todo este imenso discurso do louco retornava ao ruído; a palavra só lhe era dada simbolicamente, no teatro onde ele se apresentava, desarmado e reconciliado, visto que representava aí o papel da verdade mascarada (FOUCAULT, 2019, p.13)

Sem a possibilidade de exercer o direito à voz, as mulheres viviam desacreditadas socialmente e taxadas como “sem sentido e sem razão” (NETO, 2016). Inclusive, Neto entende que a relação entre estigma e loucura se assenta sobre a fala de quem é classificado como “louco” e ou “louca”. Consequentemente, os capítulos que formaram a história da saúde mental entre os séculos XIX e XX sobre o diferente, o “louco”, a “louca” eram associados ao profano e ao grupo dos indesejáveis socialmente. Essas terminologias e essa concepção de que tudo o que era dito pelas pessoas consideradas ensandecidas eram usadas, no sentido instrumental mesmo, por parte das instituições psiquiátricas que, na época, eram, predominantemente manicômios para aprisionar vidas, sequestrar suas identidades, violar seus direitos, colonizar seus corpos e suas existências de forma cruel e, compactando com um modo eugenista.

Esses modos de pensar, de fazer política, de legitimar algumas vidas e de condenar outras são embasados em discursos. Eis, aí, a força da comunicação e do direito à voz. Orlandi afirma que o silêncio não se trata de uma oposição aos efeitos de sentido construídos em diferentes formações discursivas, mas que o silêncio é fundante, seja para apagar sentidos, dar sentidos, silenciar e/ou produzir um não sentido. O silêncio deve ser entendido além das suas dimensões políticas e não como a falta de algo, mas também é preciso compreender que as políticas de silenciamento existem e os enunciados são formulados “em regiões em regiões historicamente determinadas de relações de força e de sentidos” (ORLANDI, 2007, p.20). No que diz respeito às políticas de silenciamento, Orlandi diz:

Em face dessa sua dimensão política, o silêncio pode ser considerado tanto da parte retórica da dominação (a da opressão) como da sua contrapartida, a retórica do oprimido (a da existência). E tem todo um campo fértil para ser observado na relação entre índios e brancos, na fala sobre a reforma agrária, nos discursos sobre a mulher. (ORLANDI, 2007, p.29)

Deste modo, o exercício do direito é uma revolução no sentido que evoca o um movimento de reivindicação da subjetividade que foi sequestrada pela interdição e silenciamento. Uma mulher que consegue exercê-lo, se posiciona no mundo. Ribeiro (2017) nos ensina que o direito à voz é essencial não só para a afirmação da existência de uma pessoa,

como também é um requisito para a garantia do direito à humanidade, em uma sociedade constituída por silenciamentos históricos e institucionais que negam a pluralidade de vozes e existências a partir da imposição de vozes autorizadas. Segundo ela, manifestar uma voz é muito mais do que “emitir palavras”.

[...] Pensamos num lugar de fala como refutar a historiografia tradicional e a hierarquização de saberes consequente da hierarquia social. Quando falamos de direito à existência digna, à voz, estamos falando do lócus social, de como esse lugar imposto dificulta a possibilidade de transcendência. (RIBEIRO, 2017, p.64)

Essas reflexões são muito importantes para a compreensão crítica de como as visões hegemônicas e universais sobre o direito à existência por vezes silenciam pessoas e experiências que são colocados em posições inferiores devido aos privilégios epistêmicos e as relações de poder e subordinação que estruturam uma sociedade constituída por lógicas racistas, preconceituosas e desiguais. Por outro lado, nos ajudam a entrar no próximo tópico: a relação entre comunicação, gênero e saúde mental.

1.4.1 COMUNICAÇÃO, GÊNERO E SAÚDE MENTAL: A SUBALTERNIDADE E A ASFIXIA SOCIAL DAS MULHERES

“Se nossas vozes são aspectos essenciais da nossa humanidade, ser privado de voz é ser desumanizado ou excluído da sua humanidade. E a história do silêncio é central na história das mulheres”

Rebecca Solni

Afinal, “*Pode o subalterno falar?*”. Com essa pergunta provocativa, a socióloga indiana Gayatri Spivak (2010) abre uma discussão instigante sobre a importância dos estudos subalternos e do pensar o direito à comunicação de modo localizado, contextualizando os contextos socioculturais, bem como a influência de sistemas de dominação como o colonialismo e a desigualdade de gênero que assola o mundo desde os seus primórdios. Se fosse para dar uma resposta para essa pergunta, tendo como base nosso o marco teórico, diríamos que as mulheres ainda estão no lugar da subalternidade e o a conquista do direito à fala é uma luta constante.

A história nunca foi generosa com elas – e ainda não é. As mulheres sempre foram silenciadas, escravizadas, exploradas e violentadas nos quatro cantos do mundo e, durante muito tempo, o espaço social destinado a elas era apenas o ambiente doméstico. Apesar das conquistas e avanços em relação à libertação feminina e às conquistas de direitos serem marcantes na agenda de igualdade de gênero desde o século XIX, a necessidade de respostas

efetivas à asfixia social e história que pauta a vida das mulheres e seu direito à voz é urgente. Neste sentido, as pesquisas não nos deixam mentir: segundo o relatório *Global Gender Gap 2020*, publicado pelo Fórum Econômico Mundial, no ritmo atual, são necessários 99,5 anos, ou seja, praticamente um século, para reparar as desigualdades de gênero que existem no mundo.

As desigualdades de gênero se expressam quando as mulheres são silenciadas, violentadas psicologicamente pelos companheiros e familiares, ganham menos do que os homens, são responsabilizadas como as únicas pelo cuidado dos filhos e da família, possuem maior dificuldade para ter acesso à saúde e, em momentos de crise, como o da pandemia causado pela Covid-19 têm seus direitos questionados e são desamparadas pelo Estado, seja pelo enfraquecimento de políticas públicas que atendam suas demandas ou pelo aumento das violências em função da sobrecarga e de tantas fragilidades sociais que vem à tona e recaem sobre elas. No que diz respeito ao silenciamento e à interdição do direito à comunicação: as mulheres também sofrem uma violência permanente – sobretudo as que vivem em contextos mais vulneráveis e sofrem com outras discriminações além do gênero.

Afinal, povos originários, as pessoas que lutam pelo direito à terra, as pessoas colonizadas, as mulheres que estão historicamente e estruturalmente vivendo com os efeitos das múltiplas desigualdades e viações de gênero, físicas, psíquicas e simbólicas possuem um espaço para falar ou são “faladas” pelos que se intitulam salvadores (as) de narrativas? Arriscamos dizer que não e a própria Spivak diz que não. O subalterno e a subalterna não podem falar e quando, a pessoa que está neste lugar de não adequação e negação de direitos é uma mulher, a posição é ainda mais periférica, considerando que, nos contextos de produção colonial, o subalterno não tem sequer uma história que seja legitimada, quanto menos, o direito à voz. Ao pensar no sujeito subalterno feminino, este direito é ainda mais negado.

A negação da possibilidade de falar e a negação da história da pessoa subalterna configuram-se, nas palavras da autora, como uma violência epistêmica. O conceito de violência epistêmica é, frequentemente, discutido por autores decoloniais juntamente com a ideia de epistemicídio. Na visão de Spivak, violência epistêmica diz respeito à invisibilização do outro e à desqualificação da sua fala, da sua construção de saberes, vivências e conhecimentos.

Neste contexto, falar é uma tentativa de respirar e sair da asfixia colonial, E, quem detém o poder e o direito à comunicação, bem como os privilégios acadêmicos e epistêmicos para falar, inclusive, em nome de quem não fala por si (não no sentido literal, mas porque não possuem espaço e não são encontrados, na maioria das vezes, ouvidos abertos e atentos), geralmente quer continuar em posição de destaque. Assim, a reconstrução da subjetividade e

dos sentidos de identidade das pessoas subalternizadas é um caminho longo. Ao falar da condição das mulheres, Spivak reforça que “A mulher como subalterna, não pode falar e quando tenta fazê-lo não encontra os meios para se fazer ouvir” (SPIVAK, 2010, p.15). A pensadora ainda destaca que quando a mulher subalternizada vive em contextos mais específicos, a não-escuta é mais expressiva.

Pode o subalterno falar? O que a elite deve fazer para estar atenta à construção contínua do subalterno? A questão da “mulher” parece ser a mais problemática neste contexto. Evidentemente, se você é pobre, negra e mulher está envolvida de três maneiras. (SPIVAK, 2010, p.85)

Esta reflexão dialoga com o conceito de interseccionalidade, proposto por Crenshaw (2004). Resumidamente, a interseccionalidade se dá pela relação entre as múltiplas exclusões e opressões que podem atingir a vida das pessoas que são mais invisibilizadas e estão mais suscetíveis às vulnerabilidades e desvantagens sociais e econômicas. Pessoas iletradas, pessoas que não possuem acesso aos dispositivos móveis como celulares e recursos como internet, pessoas que sequer são notadas, pessoas que são intencionalmente “esquecidas” na miséria, pessoas que não são consideradas e não estão em posições sociais de maior prestígio sofrem com mais de uma exclusão social.

Aos poucos e com muitos embates sociais, as lutas pelo direito à comunicação estão trazendo alguns avanços, ainda mais quando este direito é visto como um direito que garante outros direitos e reforça a importância dos regimes democráticos e da expansão da cidadania. No entanto, não há como negar que as asfixias caminham ao lado dos avanços, uma vez que a manutenção do poder e da monopolização dos discursos carrega intencionalidades.

A libertação dessas asfixias que silenciam, invisibilizam e violentam quem é excluído socialmente pode ser um caminho um tanto quanto utópico, considerando que as raízes que sustentam esta estrutura são mais profundas, e, neste cenário um de nossos objetivos é experimentar uma metodologia inclusiva, ancorada em um olhar decolonial. Por isso, entendemos que as reflexões sobre comunicação, gênero e saúde mental ganham corpo quando assumimos a necessidade de uma perspectiva decolonial para pensar a comunicação.

1.4.2 UM OLHAR DECOLONIAL PARA A COMUNICAÇÃO

Antes de situar o que é decolonização, é importante diferenciar os sentidos de alguns termos que, geralmente, são propagados como sinônimos, mas que possuem marcações

importantes para melhor compreensão da proposta decolonial. O pós-colonialismo identifica a colonialidade a partir de relações antagônicas, como as que são estabelecidas entre as pessoas colonizadas e seus colonizadores, por exemplo. Segundo Ballestrin (2013), há dois caminhos para a interpretação do pós-colonialismo. A primeira refere-se à localização do tempo histórico das produções que são desenvolvidas a partir da segunda metade do século XX, após o fim da colonização dos países que são conhecidos por serem de “terceiro mundo”. No entanto, como as relações coloniais são tecidas a partir da disputa de poderes, existe a interpretação de que o colonialismo não se encerrou, mas sim, deu origem às novas formas de colonização.

Spivak e Bhabha romperam com a lógica binária das relações coloniais e autores como Quijano (1989), Mignolo (2010), Santos (2010) são alguns dos clássicos que nos ajudam a refletir sobre o pensamento decolonial. Quijano (1989) é o criador do conceito de colonialidade do poder. A colonialidade de poder aponta que as relações coloniais são criadas e nutridas dentro de um sistema de mundo moderno, colonial e não igualitário. Estas relações não se configuram somente na esfera do trabalho, mas também nas esferas econômicas e no universo político. Para Quijano – e a partir dele – colonialismo não acabou e a colonialidade do poder continua latente nas estruturas, mesmo quando não visível.

Mignolo (2010) propôs uma matriz colonial do poder que nos permite pensar sobre como se dá a manifestação da colonialidade do poder nas diferentes esferas. Além da economia, ela está associada a diferentes níveis de controle nas seguintes áreas: autoridade, natureza e recursos naturais, gênero e sexualidade, subjetividade e conhecimento. Para Mignolo, o colonialismo é multidimensional, mas há três dimensões que são centrais para entendê-lo: poder, saber e ser.

Quijano (2000) associa a colonialidade como indissociável do sistema capitalista – um sistema opressivo e que representa um dos maiores objetivos do colonialismo: o de explorar outros países para enriquecimento, ignorando outras consequências. Para ele, a colonialidade tem origem no eurocentrismo e no capitalismo e opera sobre as dimensões materiais e subjetivas da existência social cotidiana. QUIJANO, 2000, p.342)

A produção do conhecimento, a ciência e a pesquisa científica podem, em um primeiro momento, ser encaixadas nas dimensões subjetivas da existência social descrita por Quijano. Lançar luz nas referências decoloniais é um pequeno passo, uma tentativa de reparar o epistemicídio cometido contra as vozes subalternas. Neste sentido, os autores decoloniais indicam um marco fundamental sobre a decolonialidade no campo: mais do que um gesto epistemológico, rever a forma de produzir, pensar e tensionar as teorias existentes é um movimento político. Deste modo, existem limitações e diferenças importantes que precisam ser

pontuadas. Cada país, cada região, cada comunidade tem seus próprios contextos sociais, políticos e econômicos. As formas de colonização também não podem ser universalizadas. Países da América-Latina, por exemplo, possuem especificidades em suas histórias e por isso, a abertura epistemológica e a revisão do olhar carregado e tensionamento dos privilégios e influências de poder na construção do conhecimento é um convite necessário um movimento que, obviamente, precisa de uma reflexão muito mais aprofundada e densa sobre a diversidade das dimensões políticas, das formas de colonialidade e neocolonialidade e como isso afeta o pensamento científico e intelectual.

Um primeiro passo para não reproduzir a colonialidade do poder, do saber e do ser nos estudos sobre comunicação é tensionar os modelos existentes na comunicação, as histórias contadas e as que são apagadas, propositalmente, da história. Messeder (2020, p.179) é uma pesquisadora contemporânea que está adotando perspectivas decoloniais. Uma das formas possíveis de exercitar práticas progressistas na produção de saberes é a revolução metodológica. Geralmente, as pessoas pesquisadas, entrevistadas e ouvidas para a composição de dissertações, teses e artigos são vistas como objeto de estudo e não agentes que produzem conhecimento e voz ativa (que, não é considerada, na maioria das vezes). Destaco aqui, de forma bem resumida, um conceito que nos dá permissão para pensar sobre os discursos hegemônicos que desqualificam a fala de mulheres que não dispõem de uma posição de privilégio social e de poder de fala, embora tenham voz. Trata-se do conceito de colonização discursiva proposto por Mohanty (2008).

Um exemplo de colonização do discurso refere-se ao ato de se apropriar e codificar a chamada “produção acadêmica” com conhecimentos sobre as mulheres de “terceiro mundo” a partir de análises específicas que atendem os feminismos da Europa Ocidental e dos EUA. De certo modo, a perspectiva de Mohanty vai ao encontro das ideias de Gonzalez (2020) que convoca o movimento feminista a lutar e se mobilizar por um feminismo afro-latino-americano, já que as mulheres da América do Sul e da América Latina possuem origens específicas, sentiram na pele a colonização e as marcas deste processo permanecem vivas até hoje em novos sentidos atribuídos a processos que também são coloniais.

As perspectivas decoloniais têm sido adotadas com maior aderência em algumas áreas do conhecimento – é o caso dos estudos feministas. No campo da comunicação, o decolonial ainda é um desafio, uma vez que, as principais referências teóricas, os modelos e os paradigmas das ciências que nutrem a comunicação enquanto campo são de origem eurocêntrica e norte-americana (DIAS, p.48, 2020). Por isso, a construção do nosso arcabouço teórico foi desafiadora e inspiradora, ao mesmo tempo, já que, ao entender a comunicação enquanto direito

essencial para a transformação social, defendemos que é preciso descolonizá-la. Logo, priorizamos referências que estão alinhadas a uma agenda de comunicação comprometida com a realidade de países com fortes heranças coloniais, desigualdades, lutas constantes pela garantia efetiva dos direitos fundamentais e batalhas incansáveis pela legitimação de narrativas, formas de comunicar, de pensar e produzir conhecimentos além do padrão eurocêntrico. Neste cenário, concordamos com Felinto (2007) sobre o fato de, “em cada território geográfico-cultural, os estudos de comunicação assumem feições diferentes” (FELINTO, 2007, p. 47 e nos inspiramos nessas perspectivas para desenvolver nossa pesquisa.

1.5 As redes de comunicação: potências e construções coletivas

“A cultura do dominador tentou alimentar o medo dentro de nós, tentou nos fazer escolher a segurança em vez do risco, a semelhança em vez da diversidade. Deslocar-se nesse medo, descobrir o que nos conecta, nos divertir com nossas diferenças; esse é o processo que nos aproxima, que nos oferece um mundo de valores compartilhados, de uma comunidade significativa”.

Bell Hooks

Redes são polissêmicas. Tanto no sentido das palavras quanto nas formações. As redes podem ser entendidas como estruturas que unem organizações e pessoas com interesses em comum e que compartilham e dialogam sobre esses assuntos. No entanto, a formação de redes no sentido de redes de apoio, afeto, sentimento coletivo, identidade e pertencimento, ultrapassa o simples ato de compartilhar informações. Neste sentido, entendemos que a configuração de redes é muito mais plural do que meramente funcional e, quando as redes de comunicação e agir político são configuradas em torno de causas e necessidades de mudanças, elas ganham um sentido de comunidade.

Segundo Castells (1999), as redes constituem a “nova morfologia social de nossas sociedades e a difusão da lógica das redes modifica de forma substancial a operação os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura” (p.565). Logo, participar das redes é participar da sociedade, já que segundo o autor, o mundo se organiza em redes que, originalmente, não surgem, nem se organizam com o advento da tecnologia, mas são transformadas por esse novo paradigma.

Neste cenário, Castells defende que, cada vez mais, comunidades articuladas ganham força não só nas ruas como nas redes sociais que ajudam a disseminar pautas que são essenciais para pensar na reivindicação de direitos, o acesso à informação, a construção e o compartilhamento de estratégias mobilizadoras. Um adendo importante: a internet e a tecnologia não são a fonte das mobilizações sociais, pois de acordo com Castells (2017) estes movimentos são gestados a partir das revoltas sociais, dos conflitos de sociedades específicas e das contradições. No entanto, a comunicação tem um papel central na formação, alimentação e disseminação destes movimentos e as redes de comunicação são recursos inseparáveis das pessoas que se organizam para discutir sobre assuntos coletivos e lutar por mudanças, agindo politicamente.

Os movimentos sociais em rede, como todos os movimentos sociais da história, trazem a marca de sua sociedade. São amplamente constituídos de indivíduos que convivem confortavelmente com as tecnologias digitais no mundo híbrido da realidade virtual. Seus valores, objetivos e estilo organizacional referem-se diretamente à cultura da autonomia que caracteriza as novas gerações de um novo século. Não poderiam existir sem a internet. Mas seu significado é muito mais profundo. Eles são talhados para o papel de agentes da mudança na sociedade em rede, num contraste agudo com as instituições políticas obsoletas herdadas de uma estrutura social historicamente superada (CASTELLS, 2017, p.245)

Ainda segundo o autor, hoje, mais do que nunca, as pessoas sentem a necessidade de se conectar entre si, “compartilhando sua indignação[...] e sua conectividade depende de redes de comunicação interativas” (Idem, 2017, p.240) Neste contexto, a internet é uma “estrutura organizativa e o instrumento de comunicação que permite a flexibilidade e a temporalidade da mobilização” das redes (CASTELLS, 2017, p.277), mas a essência da configuração das redes se sustenta no sentido de comunidade compartilhado por um grupo de pessoas.

As comunidades físicas não necessariamente seguem os mesmos modelos das comunidades on-line, já que vivemos em um tempo de grandes e aceleradas mudanças. O fato é que a internet é algo que pode contribuir para a expansão de uma comunidade, já que, ao encurtar distâncias geográficas, a internet é um recurso tecnológico que permite a mobilização de redes e pessoas, em qualquer lugar do mundo, a um clique de distância. Esse potencial de mobilização, na perspectiva de Castells (2017), é positivo para grupos e comunidades criarem articulações e mobilizações para compartilhar informações, estratégias e o sentimento de esperança que é tão necessário para que as mudanças sociais floresçam, cresçam e deem frutos.

Neste cenário, Henriques (2014) lembra que a configuração das comunidades não é homogênea e, cada vez mais, observa-se um movimento de reinvenção e significação das comunidades e da distribuição de poder que constituem grupos que formam tais comunidades. Neste cenário, “o sentido de público forma-se uma dinâmica de significados sobre a própria localidade, em que diversos aspectos da cultura são confrontados”.

No caso da ambiência digital, as redes podem ser entendidas, desde as comunidades formadas por meio das mídias sociais, que agrupam pessoas que se interessam por determinado tema e que desejam discutir sobre ele ou também por pessoas que utilizam a internet e as tecnologias sociais e digitais para fomentar suas redes de interesse e se organizar em torno de uma causa em comum, de uma motivação, de um propósito ou de um objetivo. As redes, de acordo com Marteleto (2001), representam “[...] um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”. (MARTELETO, 2001, p.72)

Mas será que unir ideias e compartilhar valores em comum é o suficiente para construir uma comunidade e/ou rede de apoio solidária à uma causa, com intenções de construções coletivas? Apesar de muitos autores se debruçarem sobre essa questão, não existe uma resposta exata. No entanto, para que uma comunidade continue existindo, é preciso que seus participantes desenvolvam um laço social.

De acordo com Guattari e Rolnik (2013), os laços sociais são elos que unem as pessoas em um senso de comunidade. Essa comunidade pode ser composta por colegas de trabalho, familiares, amigos, grupos de apoio, entre outras possibilidades. Mais do que um elo, os laços sociais são o que fazem com que uma pessoa se sinta “em casa” quando está com a comunidade. Para Castells (2017, p.445), as “redes sociais, em sua maioria, são baseadas em laços fracos”, no entanto, isso não significa que não possa existir reciprocidade e solidariedade nas redes.

De acordo com Barreto (2005), compartilhar problemas, sofrimentos e aspirações coletivas é uma forma de fortalecer vínculos afetivos, alimentar os laços de identidade e cumplicidade e, ao compartilharem recursos comunicacionais, as pessoas que fazem parte das comunidades tendem a buscar soluções em conjunto. Mesmo no cenário virtual e na era das redes sociais, que, a cada dia conquistam mais adeptos e são utilizadas para mobilização e conexão coletivas, sem fronteiras, uma rede só é configurada com base nestas características, segundo Marchiori *apud* Santaella (2014), no ciberespaço, e nas comunidades virtuais “priorizam-se, assim, relações interpessoais de confiança, afinidade e reciprocidade” (Idem, 2014, p.25)

Todas as características citadas acima são fundamentais para a criação e manutenção de redes de apoio on-line. Se pensarmos especificamente nas redes de apoio on-line criadas com o objetivo de fortalecer os vínculos entre pessoas que compartilham experiências em saúde mental, a confiança e a reciprocidade são determinantes para o sucesso de uma comunidade. Num cenário tão instável como o causado pela pandemia de Covid-19 que acarretou, nas primeiras ondas, a imposição do isolamento social e o fechamento dos serviços de saúde mental e suspensão de atividades presenciais, a internet tornou-se uma ferramenta essencial para a criação e manutenção de grupos de suporte on-line. Em uma aula transmitida no dia 04 de novembro sobre o tema¹⁰, no curso de extensão Mulheres Cuidadoras na Atenção Psicossocial, a psicóloga e ativista em saúde mental, Judete Ferrari, afirmou que o fenômeno da pandemia trouxe não só mudanças na forma de se comunicar, mas também na maneira de pensar e constituir redes de apoio sobre cuidado. “Após vacinas e retomada gradual das atividades, muitos grupos on-line passaram a ser híbridos para contemplar também as pessoas mais distantes e que não tinham necessariamente uma rede de suporte, mas passaram a fazer parte de uma” (FERARRI, 2022). Este cenário trouxe à tona muitos debates sobre a importância da democratização da comunicação e a exclusão digital – fator que foi um problema pois, mesmo com a criação de grupos de convivência on-line, muitas pessoas sem acesso e/ ou com dificuldades de acesso à internet, ficaram excluídas dessas atividades

Ao fazer um recorte sobre desigualdade social, pensando em mulheres, consideramos que, vive-se em um período político e contexto histórico no qual as desigualdades são acentuadas e fenômenos como a pobreza, o desemprego, a perda de direitos e a sobrecarga atinge mulheres de uma forma diferenciada, sobretudo, as que são cuidadoras de alguém e que, conseqüentemente, também precisavam de cuidados. A criação de redes virtuais é uma realidade possível quando as pessoas dispõem de celulares e computadores. Tanto o acesso à informação quanto o exercício do direito à comunicação também dependem destes recursos.

Nem todas as mulheres possuem informação e acesso aos caminhos para entender seus direitos e reivindicá-los. Do mesmo modo, redes de comunicação sobre cuidado podem não estar presentes na vida das mulheres, de forma equânime e igualitária. A realidade do Brasil também não é simétrica, já que Brasil é formado por diversos Brasis, e características como desigualdade, vulnerabilidade e precariedade não podem ser desconsideradas para discutirmos a concepção de direitos e a negação deles. Esse fator, inclusive, compõe uma das limitações do alcance da nossa pesquisa, realizada virtualmente.

¹⁰ Aula com acesso aberto disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5aUnHAqqqHw>

Dados da pesquisa Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹¹, a população negra, em especial, as mulheres negras e chefes de família são as mais afetadas pela exclusão digital. Em 2003, 94% dos lares chefiados por mulheres negras não tinha microcomputador, nem celular e em 2015, mais de 64% estava na mesma situação. O acesso à internet e a dispositivos móveis também é uma limitação. Em 2001, 44% das mulheres negras não tinham acesso a esses recursos e em 2015, mais de 16% das mulheres permaneciam na mesma condição. Em áreas rurais, a exclusão digital é ainda mais acentuada tanto no caso de acesso aos microcomputadores, celulares quanto no caso da internet. Em 2001, 84,9% mulheres residentes na área rural não tinha acesso à internet e em 2015, mais de 33% das mulheres ainda enfrentavam essa barreira.

Durante a pandemia de COVID-19, a exclusão digital da população pobre ficou mais escancarada de acordo com a pesquisa TIC Domicílios 2019 publicada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC). As pessoas pertencentes as classes D e E utilizam somente o celular e não há acesso a outros dispositivos. A mesma pesquisa mostra que a exclusão digital é realidade na vida de, pelo menos, 46 milhões de brasileiros, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua TIC), divulgada em 2020, pela Agência Brasil. Deste modo, a exclusão digital revela uma das facetas das desigualdades sociais existentes e a negação do direito à comunicação, sobretudo, aos grupos mais vulnerabilizados socialmente e que sofreram profundamente os impactos da crise sanitária.

Ao mesmo tempo em que estes problemas vêm à tona, Ferrari, destacou que a combinação das Tecnologias da Informação da Comunicação (TICS) com o potencial das redes sociais e das ferramentas de conexão on-line, possibilitaram a nutrição de uma comunidade que se manteve ativa, mesmo diante dos desmontes nas políticas públicas de saúde mental, em plena pandemia. Na gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro, o MS apresentou uma proposta de revogação das portarias editadas entre os anos de 1991 e 2014¹² que estabelecem a política de

¹¹ Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_acesso_bens_duraveis_exclusao_digital.html. Acesso em: 15 de março de 2023.

¹² No início de 2023, tivemos uma transição de governo e a ministra Nísia Trindade assumiu o cargo de ministra da saúde, anunciando a revogação dessas medidas e a retomada de uma agenda de políticas públicas de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Contudo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da recomendação 01/23 questionou e pediu a extinção de um departamento criado pelo Ministério da Saúde com finalidade de apoio às comunidades terapêutica. Na visão dos movimentos sociais e de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), essa ação evidencia um conflito na gestão federal e ameaça os princípios da Reforma Psiquiátrica já que as comunidades terapêuticas são locais em que há muitas denúncias de desassistência e violação de direitos humanos. Ver Recomendação nº1/2023 do CNS disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>>. Acesso em: 15 de março de 2023.

saúde mental baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, o que aumentou o clima de tensão social e reforçou ameaças a conquistas históricas importantes para pessoas em sofrimento mental e seus familiares. Neste contexto, a internet e as plataformas on-line foram o meio que muitas pessoas criaram para fazer abaixo-assinados contra a revogação das portarias. Além disso, a internet também possibilitou a continuidade da realização de eventos importantes na saúde mental, das quais a 1ª Conferência Popular da Saúde Mental on-line e criação da Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental são bons exemplos.

1. GÊNERO, CUIDADO E SAÚDE MENTAL

Não seria possível pensar sobre a condição de mulheres, cuidadoras e mulheres em sofrimento mental sem revisitar algumas reflexões sobre as questões de gênero e as desigualdades que assolam a vida das mulheres há séculos. A herança de discriminação contra as mulheres é uma ferida aberta em nossa sociedade. A história do Brasil, por exemplo, é escrita, há mais de 500 anos, com sangue, opressão, violência, dominação, controle, objetificação dos corpos e múltiplas formas de violência contra grupos mais vulneráveis, como o das mulheres.

Quando nos referimos ao termo gênero, entendemos que as mulheres são centrais em nosso projeto. Existem múltiplas interpretações possíveis para este conceito gênero e, para esta pesquisa, nos inspiramos nas definições de intelectuais como Scott (1995), Saffioti (1987) e Lauretis (1994). Segundo as autoras, o gênero é produzido socialmente – ou melhor, é fruto de uma construção sociocultural -, que não determina necessariamente a sexualidade de alguém e não se limita à classificação do sexo biológico marcado exclusivamente pelo feminino e masculino. Pisticelli (2009) também nos ajuda a pensar nas limitações e ambiguidades do conceito de gênero. Segundo ela, ao longo da história, as formulações e reformulações do conceito de gênero ao longo da história são marcos importantes para os movimentos sociais e feministas na mobilização da luta por direitos e, mesmo com essas evoluções, o conceito é limitado.

Nesta linha, Lauretis (1994), afirma que limitar os debates sobre gênero às classificações binárias é algo ultrapassado, tanto pela atribuição do gênero como a diferença sexual entre homem e mulher, quanto pela expectativa dos papéis sociais que, teoricamente, são “de mulher” ou de “homem”. Na visão da autora, o conceito de gênero é “tanto produto quanto o processo de sua representação”, dentro dos sistemas simbólicos de gênero, que são construídos socialmente, sendo que o

Sistema sexo-gênero, enfim, é tanto uma construção sociocultural quanto um aparato semiótico, um sistema de representações que atribui significado (identidade, valor, prestígio, posição de parentesco, status dentro da hierarquia social, etc.) a indivíduos dentro da sociedade. Se as representações de gênero são posições sociais que trazem consigo significados diferenciais, então o fato de alguém ser representado ou se representar como masculino ou feminino subentende a totalidade daqueles atributos sociais (LAURETIS, 1994, p. 212).

A lógica binária em que os papéis sociais atribuídos às mulheres em função do gênero, são os cuidados com os afazeres domésticos, a servidão ao casamento e a disponibilidade para o bem-estar da prole, permanece viva. Nesta mesma lógica, ao homem, por sua vez, tem sido atribuído, historicamente, o papel de provedor financeiro da família. Para Saffioti (1987), o fato de as responsabilidades domésticas continuarem sendo permanentemente atribuída às mulheres decorre da naturalização da história de que a mulher é subordinada e assume funções devido às suas características “naturais”, que no imaginário social são: a de cuidar, de ser mãe, de cozinhar, de lavar, passar e prover as condições necessárias para a reprodução da vida.

Zanello (2022) traz, a partir do conceito de ‘dispositivo materno’, algumas provocações sobre a naturalização e a atribuição do cuidado às mulheres por conta da sua capacidade de gerar uma vida por meio de útero. O discurso do senso comum é do cuidado como sendo natural e genuíno para a mulher devido ao seu instinto maternal. No entanto, a autora afirma que o ‘dispositivo materno’ é uma criação cultural, e o cuidado, uma habilidade humana que pode ser desenvolvida independentemente de a pessoa se identificar como homem ou mulher. Ainda de acordo com Zanello (2018), a sustentação do dispositivo materno é o “heterocentrismo”, um mecanismo que funciona como uma “pedagogia afetiva” passada para as meninas no processo de transição para a fase de mulher adulta. “Elas aprendem que devem sempre priorizar desejos, necessidades e anseios dos outros, em detrimento dos próprios [...] A aprendizagem do heterocentrismo independe do fato de mulheres se tornarem efetivamente mães ou não” (ZANELLO, 2022, p.79)

Assim como as mulheres são ensinadas a cuidar e priorizar os outros, os homens também recebem ensinamentos – só que no sentido contrário. “O se tornar homem, no processo de hombrificação, ensina aos meninos, por seu turno, “o egocentrismo”, isso, a priorizarem seus próprios desejos, necessidades e anseios e, somente depois, pensarem nas necessidades dos demais”. (ZANELLO, 2022, p.79)

Mais uma vez, voltamos ao pensamento de Lauretis (1994) sobre a importância de superar os binarismos, já que as funções atribuídas aos homens e mulheres dialogam com os mitos criados sobre a ideia de uma mulher universal, de um homem universal – cisgênero¹³ e heterossexual - e que se encaixam dentro de todos os padrões normativos ditados por uma sociedade que ainda custa em reconhecer as pluralidades.

¹³ Conceitualmente, cisgênero é um termo designado, pelos estudos de gênero, para definir uma pessoa que nasce biologicamente com a genitália masculina ou feminina, se identifica com esse corpo e com os papéis sociais de gênero que são atribuídos a ela.

Essa lógica de pedagogias afetivas de gênero é, ao nosso ver, fundamental para discutirmos algumas questões deste trabalho: as desigualdades de gênero e a naturalização da exploração do trabalho das mulheres; a saturação do modelo de cuidado no cenário atual; e as consequências da desigualdade de gênero na saúde mental e na vida das mulheres.

2.1 “ELES CHAMAM DE AMOR, NÓS CHAMAMOS DE TRABALHO NÃO REMUNERADO”: O CUIDADO COMO ATRIBUIÇÃO EXCLUSIVA DA MULHER

“*Eles chamam de amor, nós chamamos de trabalho não-remunerado*”¹⁴ é uma frase dita pela intelectual feminista, Silvia Federici, que sintetiza, de forma marcante, a relação entre o trabalho doméstico feminino com os cuidados da casa e da família e sua desvalorização, justamente pelo fato de este trabalho “estar incluso” no pacote das relações conjugais e familiares (o que a autora chama de contrato) e naturalizado como responsabilidade exclusiva das mulheres.

Segundo Federici (2021), o trabalho doméstico, frequentemente invisibilizado e desvalorizado, é o que sustenta e torna possível todos os demais trabalhos. Isso porque é o cuidado da casa e do bem-estar de todos que nela habitam é fundamental para que todos consigam trabalhar fora de casa e orquestrar a vida, é possível afirmar, segundo Federici, que a exploração do trabalho doméstico serve muito bem às engrenagens do sistema e da economia capitalista e que as mulheres são parte essencial da força de trabalho, o que permite a produção e reprodução social do trabalho¹⁵ na sociedade. Sem remuneração, sem reconhecimento, sem férias e sem direitos trabalhistas, as mulheres foram e continuam sendo responsabilizadas pelo cuidado de tudo e todos. Assim, o ambiente do lar, nas palavras da autora, na verdade, pode ser interpretado também como uma “fábrica de mulheres e o local, onde dia após dia, e depois, geracionalmente, realizamos todos os trabalhos e todas as atividades que são necessários para reproduzir o trabalho e a capacidade de trabalhar” (FEDERICI, 2021).

Segundo o relatório *Tempo de Cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*¹⁶, publicado pela Oxfam Brasil, em 2019, mulheres e meninas do mundo todo dedicam 12,5 bilhões de horas diárias ao trabalho de cuidado não remunerado. Trabalho que envolve não somente as tarefas de limpeza, como também o preparo

¹⁴ As referências citadas neste texto são fruto de uma aula aberta da autora disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=bFSI4nEB6jI>

¹⁵ Recomendamos a leitura do artigo Reprodução social como trabalho e condição de existência: entrevista com Silvia Federici para maior aprofundamento. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/74680/39136>

¹⁶ Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/publicacao/tempo-de-cuidar-o-trabalho-de-cuidado-nao-remunerado-e-mal-pago-e-a-crise-global-da-desigualdade/>

da comida, o cuidado de outras pessoas, além de todas as responsabilidades que envolvam a manutenção do lar e do bem-estar de quem mora nele. Segundo a Oxfam, esse trabalho gera uma contribuição de pelo menos US\$ 10,8 trilhões por ano à economia global, montante que é três vezes maior em relação ao lucro estimado pelo setor de tecnologia no mundo. Apesar disso, as mulheres que se dedicam a essa tarefa não usufruem dos benefícios e sofrem com a escassez de oportunidades, a falta efetiva de políticas públicas que as ampare, a sobrecarga mental, a falta de recursos financeiros e tantos outros problemas.

Neste sentido, Biroli (2018) afirma que a divisão sexual do trabalho é um elemento fundamental para pensarmos as desigualdades de gênero e a saturação desse modelo de cuidado, frequentemente associado ao amor nutrido pela família e pelo casamento em detrimento dos direitos das mulheres. Segundo ela, a divisão sexual é um dos pilares que reforçam a atribuição do trabalho do cuidado e das tarefas domésticas às mulheres. Assim como Federeci, Biroli (2018) defende que as relações afetivas, tal como o casamento, acabam naturalizando essa situação.

O trabalho que as mulheres fornecem sem remuneração, como aquele que está implicado na criação dos filhos e no cotidiano das atividades domésticas, deixa os homens livres para engajar no trabalho remunerado. São elas apenas que fornecem esse tipo de trabalho gratuitamente, e essa gratuidade se define em uma relação: o casamento (BIROLI, 2018, p.29-30).

Mesmo quando a mulher exerce um trabalho remunerado ou lida com duplas/triplas jornadas de trabalho, o cuidado continua recaindo sobre ela e de uma maneira totalmente desigual e desequilibrada. As mulheres brasileiras, por exemplo, são as principais responsáveis pelo trabalho doméstico e trabalham o dobro em relação aos homens, segundo dados da Agência IBGE notícias (2019), referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019, elas dedicam, em média, 21,4 horas semanais para essa atividade, enquanto os homens trabalham apenas 10,4 horas da semana neste ambiente.¹⁷

2.2 O cuidado em saúde mental sob uma perspectiva de gênero

O cuidado em liberdade, pautado na política de desinstitucionalização e substituição dos hospitais psiquiátricos e manicômios por serviços de atendimento em saúde mental que prezam pela reinserção das pessoas em sofrimento mental na sociedade, é sustentado por mulheres. Quando elas não estão à frente dos cuidados enquanto psicólogas, enfermeiras e cuidadoras profissionais, são elas – irmãs, filhas, companheiras - que assumem o papel do cuidado e/ apoio

¹⁷ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>

a seus familiares e/ou cuidadoras parentais informais, e, por meio disso, possibilitam, na prática, o “desmonte da lógica manicomial” (PASSOS, 2013, p.1).

Por isso, o referencial teórico mobilizado para pensarmos o cuidado em saúde mental tem um olhar: os cuidados em saúde mental precisam ser debatidos como uma questão de gênero – e isso vale tanto para quem cuida quanto para quem precisa de cuidados.

Brandão e Alzuguir (2022) são algumas das autoras contemporâneas que defendem a articulação de gênero e saúde como essencial. Segundo as autoras, não há como compreender os processos de saúde e doença desconsiderando os contextos de vida e existência que vivemos.

Nossas marcas de pertencimento social – idade, sexo/gênero, raça/etnia e posição de classe (escolaridade, renda, território, onde residimos, estatuto profissional) – não podem ser tomadas de modo isolado como meros indicadores da nossa condição de saúde ou de doença. Ao contrário, elas devem nos guiar como lentes potentes para compreensão da maneira como tais diferenças sociais se convertem em desigualdades, que, por sua vez, se transformam em sofrimento, adoecimento e mortes (BRANDÃO E ALZUGUIR, 2022, p.69)

As marcas de pertencimento social descritas pelas autoras, também são chamadas atualmente de marcadores sociais da diferença. Segundo as autoras, esses marcadores influenciam o modo como as pessoas têm ou não acesso aos direitos fundamentais e podem impor barreiras estruturais “para o acesso a bens e serviços como educação, saúde, previdência, assistência social, arte, cultura etc.” (Idem, p.69).

Os marcadores sociais da diferença também são compreendidos, no campo da saúde coletiva, como determinantes estruturais da saúde¹⁸. De acordo com Barata (2009), existem diversas teorias que ajudam a compreender o processo saúde-doença. Uma delas é a teoria da determinação social que, na perspectiva latino-americana, é a base para a discussão de como as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Assim como Brandão e Alzuguir (2022), a autora entende que é preciso pensar nas desigualdades sociais considerando a influência não só da renda, da classe social, das condições de moradia e do local de trabalho no acesso à saúde, mas também em como raça, etnia, gênero e discriminação social refletem nos contextos de produção de saúde e doença.

¹⁸ A perspectiva dos Determinantes Estruturais da Saúde complementa o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DDS). Segundo Carvalho et al.(2013), não há como analisar os determinantes sociais da saúde sem considerar a estratificação social que é gerada pelos determinantes estruturais que influenciam diretamente os dispositivos que orientam políticas públicas, decisões políticas e econômicas e, conseqüentemente, geram as maiores causas das iniquidades em saúde.

Em relação às questões de gênero, Barata (2009) enfatiza que é preciso pensá-las “como construções sociais, baseadas nas diferenças de sexo, mas cujo alcance ultrapassa largamente os aspectos exclusivamente biológicos” (Idem, p. 63). A autora destaca alguns estudos que nos interessam e enriquecem o debate sobre os impactos na saúde mental da mulher que é, constantemente, sobrecarregada e executa múltiplas jornadas de trabalho. Um deles é da socióloga Karen Giffin, que afirma que mulheres sobrecarregadas com duplas jornadas de trabalho de mais de dez horas diárias, com filhos em idade pré-escolar e casas estão mais suscetíveis a apresentar sintomas de sofrimento mental e transtornos mentais comuns. (BARATA, 2009)

Neste cenário, Rosa (2003) chama atenção para o fato de que, atualmente, as mulheres são as principais pacientes atendidas em serviços ambulatoriais psiquiátricos e, mesmo assim, continuam cuidando das necessidades da família. Também Gonçalves (1999) afirma que mulheres que estão na posição de cuidadoras informais de familiares em sofrimento geralmente os colocam no centro das duas vidas e pouco conseguem se desvencilhar da função de ser rede de apoio, mesmo tendo suas próprias necessidades de vida e de saúde.

2.2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVOS TEMPOS, NOVAS RESPONSABILIDADES

Segundo Amarante (2003), embora a base a Reforma Psiquiátrica seja estruturada, entre outros pilares, na transição de um modelo de saúde mental focado na internação psiquiátrica e na segregação social das pessoas para um modelo de cuidado em saúde mental que possibilita a reinserção das pessoas na vida social, trata-se de um processo social complexo, permanente, dinâmico e multifacetado.¹⁹ O fechamento dos hospitais psiquiátricos/asilos manicomial e a mudança da lógica de cuidado em saúde mental ofertado por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dispositivos como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) representa muito mais do que uma mudança na forma de atendimento. Alinhado à essa visão, Yasui (2010) refere-se à reforma como “a ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da

¹⁹ Amarante define que a Reforma Psiquiátrica se traduz em um processo social que engloba, no mínimo, quatro dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Nesta dissertação, por exemplo, buscamos valorizar as dimensões socioculturais da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a proposta não consiste em falar de saúde mental, pensando apenas nos dispositivos da RAPS e sim nas iniciativas que são criadas, nutridas, organizadas, lideradas e compartilhadas por mulheres que são cuidadoras, usuárias de saúde mental e assumem um protagonismo neste processo, exigindo, por meio de associação a movimentos coletivos, reconhecimento e legitimidade com suas falas e existências. Para maior aprofundamento, ver referências completas.

criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, construindo um novo lugar para o louco” (p.210).

Enquanto a lógica manicomial é estruturada na ideia de que o único destino das pessoas “loucas” deveria ser o manicômio, não como uma opção de tratamento, mas sim como um lugar de repressão e punição (FOUCAULT, 2008) aos comportamentos indesejáveis e que fogem às regras moralizantes, a Reforma Psiquiátrica faz nascer a esperança de um mundo mais humanizado em relação a um passado marcado por violações aos direitos humanos, maus tratos, isolamento e tantas outras barbáries cometidas “*Em nome da Razão*”²⁰.

Tal conquista é fruto de mobilizações coletivas e lutas sociais do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) – movimento que, desde a década de 1980, articula-se na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental e denuncia os horrores e abusos contra a humanidade cometido dentro dos manicômios (PEREIRA, 2022)²¹ e que continua ativo na resistência contra os retrocessos e violação de direitos das pessoas atendidas pelos serviços de saúde mental.

Graças ao movimento da Reforma Psiquiátrica e à criação da Lei Nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, as pessoas que vivem com transtornos mentais conquistaram um amparo jurídico que as permite questionar e exigir um tratamento adequado, com humanidade e respeito e, principalmente, tendo o direito e a garantia de se recuperar “pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p.1).

Assim como outros movimentos sociais importantes na saúde que alimentaram o Movimento Sanitário Brasileiro e a criação do SUS - que funciona até hoje no modelo de seguridade social, vinculado aos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular -, a Reforma Psiquiátrica surgiu para “fazer valer os preceitos constitucionais” (TEIXEIRA; PAIVA, 2018, p.457) da Constituição de 1988, promulgada em um contexto político importante de retomada da democracia e de tudo o que ela representa.

Tanto a Carta Constitucional de 1988 quanto a Constituição Federal são muito importantes para a saúde, já que foi a partir disso que “a saúde foi concebida como um direito de cidadania — um direito de todos e Dever do Estado” (TEIXEIRA; PAIVA, 2018, p.430). Nesse contexto, a criação do SUS é muito marcante porque constitui a efetivação do direito à

²⁰ A referência à expressão “Em nome da Razão” é proposital, pois ela dá nome a um documentário roteirizado e dirigido pelo cineasta Helvécio Raton que denuncia as atrocidades cometidas no Hospital Colônia, de Barbacena/MG, contra os pacientes institucionalizados. O documentário está disponível em acesso aberto no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=cvjyjwI4G9c>.

²¹ Disponível em: <https://www.quatrocinco.com.br/br/artigos/politica/a-contrarreforma-psiquiatrica>.

saúde na prática e o avanço para o Brasil, que, passou a ter um sistema público, universal e gratuito de saúde que atende às demandas de todas as classes sociais, de forma igualitária. Nas palavras de Teixeira e Paiva (2018), o SUS representa uma “oportunidade para uma transformação radical da saúde pública”, pois “antigos problemas, como a tradicional separação entre a assistência médica previdenciária e a saúde pública, ganhavam, enfim, a chance de serem equacionados” (Idem, 2018, p.430).

2.2.2 O papel da família nas novas configurações de cuidado em saúde mental

Se, antes da Reforma Psiquiátrica, as pessoas que eram tachadas, por algum motivo, de “loucas”, com ou sem um diagnóstico médico, eram afastadas de suas famílias, escondidas, rejeitadas e destituídas de qualquer direito, as mudanças políticas, sociais e culturais da Reforma Psiquiátrica trouxeram consigo a ideia do apoio familiar como fator essencial para uma jornada de recuperação em liberdade bem-sucedida das pessoas em sofrimento mental.

Conforme o Art. 3º da Lei Nº10.216/2001²², “é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001). Ou seja: cabe ao Estado compartilhar as responsabilidades de cuidado e garantir políticas públicas de apoio que incluam tanto as pessoas em sofrimento mental quanto seus familiares.

Apesar disso, a responsabilidade compartilhada é uma realidade ainda muito distante na prática. Passos (2013) pontua que, ao mesmo tempo em que a Reforma Psiquiátrica é um marco para os novos cuidados em saúde mental, as novas responsabilidades na garantia desse cuidado acabam recaindo sobre as mulheres). Além disso, a autora chama atenção para as consequências dessa situação na reprodução das opressões de gênero. Em sua visão, “a soberania política do modelo antimanicomial recria e reafirma o governo dos homens nas relações primárias” (PASSOS, 2013, p.4) e, conseqüentemente, “os atributos de um cuidador/familiar na saúde mental, naturalmente, em sua maioria, convergem e se assentam na figura feminina” (IDEM, p.4). Desse modo, mais uma vez a naturalização da responsabilidade do cuidado como sendo uma função a ser exercida pelas mulheres, que, neste caso, não são pagas pelo Estado, vem à tona. Em vez de ajudá-las, o Estado contribui com a opressão aos familiares e cuidadores, o que

²² Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

é ainda mais grave em casos nos quais a RAPS não dá conta de todas as demandas de cuidado em saúde mental.²³

Rosa (2003) também defende que as desigualdades de gênero são reproduzidas no cuidado em saúde mental e, geralmente, são as mulheres da casa que, mesmo sem suporte adequado, tornam-se cuidadoras parentais informais da família e acabam assumindo múltiplas responsabilidades que variam conforme a situação do familiar.

A precariedade dos serviços públicos no país quanto à oferta de cuidados ligados à saúde e a transferência deste ônus às mulheres - que passam a assumir essa responsabilidade sem necessariamente ter uma estrutura para isso - são uma realidade que também vem apontada por autoras como Ferreira (2017). Essas situações apontam para outro problema: a sobrecarga de quem cuida. Essa sobrecarga pode ser entendida tanto no sentido de acúmulo de responsabilidades e atribuições, com jornadas múltiplas de trabalho, como também no sentido emocional, já que as pessoas que cuidam também podem adoecer e, geralmente, acabam adoecendo de acordo com Rosa (2003) e Gonçalves (1999).

2.2.3 E o cuidado das mulheres que cuidam, como fica?

“Quem cuida de quem cuida?” é uma frase que nos remete a muitas inquietações sobre o direito ao cuidado das mulheres que cuidam e a sobrecarga feminina das cuidadoras, sejam elas profissionais da saúde ou mulheres que sustentam a reprodução da vida, de modo geral e, eventualmente, acabam se tornando cuidadoras parentais informais de alguém.

Muitas dessas inquietações já vêm sendo debatidas no âmbito acadêmico e no debate público – redes sociais, veículos de comunicação, grupos de apoio e instituições como a OMS são a prova disso (WHO, 2020).²⁴ Ao pensarmos gênero como um marcador social da diferença que faz essencial na discussão de comunicação e saúde e concordarmos com a perspectiva de autoras como Brandão e Alzeguir (2022), que entendem o cuidado a partir da saúde coletiva. Segundo as autoras, é fundamental buscarmos:

Reconhecimento da dimensão pública e coletiva do cuidado, não mais como exclusiva atribuição do feminino, mas como tarefa compartilhada por

²³ Não é nossa intenção descredibilizar a RAPS e fazer uma análise aprofundada, mas a literatura sobre o tema indica que, apesar de a proposta da RAPS ser excelente, existem evidências de que a RAPS e os serviços de saúde mental vêm sendo cada vez “sucateados”. Passos (2013) chama a atenção para o fato de que alguns municípios são insuficientes no atendimento devido à falta de estrutura e recursos adequados.

²⁴ A OMS lançou um guia de cuidados em saúde mental em 2020, no contexto pandêmico. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707792>

instituições e pessoas de todas as classes sociais, raças/etnias, sexos e gêneros para viabilizar o apoio mútuo e trocas intergeracionais. (BRANDÃO; ALZUGUIR, 2022, p.118)

Uma das formas de lutar por esse reconhecimento segundo Brandão e Alzuguir (2022), é criar consciência de quanto “o Estado precisa ser permeado por este debate, já que o desenho de políticas públicas não se sustenta mais se não incorporar as dimensões de gênero, articuladas aos outros marcadores sociais da diferença, como classe social, raça, etnia, geração” (Idem, 2022, p.9) e debater o tema sobre o direito ao cuidado na perspectiva interseccional.

Biroli (2018) é uma das pensadoras feministas da atualidade que se dedicam a pensar sobre gênero no Brasil em uma perspectiva crítica e como um projeto ético-político em um país que desvaloriza, violenta e desumaniza as mulheres há muito tempo. Em relação ao direito ao cuidado, a autora destaca que é muito importante pensarmos sobre como as desigualdades incidem sobre quem pode pensar no direito ao cuidado e quem não tem tempo e nem dinheiro para buscar esse direito, embora o cuidado seja central para o direito à vida.

O acesso desigual a cuidados necessários e a posição de quem cuida compõem dimensões das desigualdades de gênero, classe e raça que, como aqui argumento, constituem problemas para a democracia por pelo menos dois motivos. As relações de cuidado demandam tempo e, em sua forma privatizada, dinheiro. (BIROLI, 2018, p.67)

Mesmo as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho formal e/ou informal - seja no cuidado ou em outras áreas - não deixam de ter responsabilidades domésticas e, com suas próprias famílias. As situações são plurais nesse sentido, porque as mulheres podem ter acesso a diferentes recursos financeiros e redes de apoio para lidar com a sobrecarga. Mas o fato é: independentemente do contexto, elas não são poupadas das múltiplas jornadas de trabalho – o que reforça o quanto as conquistas das mulheres e o acesso delas ao mercado de trabalho remunerado não significa o fim da responsabilização desigual entre homens e mulheres em relação ao trabalho doméstico não remunerado. Na percepção de Biroli (2018), isso acontece porque “a posição de desvantagem das mulheres atualiza-se, assim, nos novos padrões de organização do trabalho no capitalismo” (Idem, 2022, p.31).

As mulheres pobres, que vivem em situação de precariedade, sejam pelo salário baixo ou pela falta de renda, as mulheres negras e as mulheres que não têm acesso ao mercado de trabalho formal, mas que exercem a função do cuidado somada às tarefas do trabalho não-remunerado, são as que mais lutam pela sobrevivência e certamente não podem pagar para que

alguém cuide, por elas, cuide das responsabilidades atribuídas a elas, ou seja, o trabalho não remunerado.

Por mais que os debates sobre interseccionalidade estejam cada vez mais presentes nas discussões acadêmicas e sejam uma urgência da atualidade, o conceito não é exatamente novo, já que começa a ser tecido pelas feministas negras dos EUA e do Reino Unido nas décadas de 1970 e 1980, no movimento que ficou conhecido como *Black Feminism*. Hirata (2014), Guimarães e Hirata (2020), Crenshaw (2002) e Collins (2000) são algumas das autoras que trabalham as intersecções de raça, gênero e classe, entendendo que os marcadores sociais da diferença se cruzam e refletem nas opressões que as mulheres vivenciam de modo singular. Na definição de Crenshaw (2002), a interseccionalidade é compreendida como:

Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177)

Akotirene (2019), pensadora contemporânea que tem uma obra dedicada à discussão de interseccionalidade, afirma que o pensamento interseccional é fundamental para “enxergarmos as opressões e combatê-las”, reconhecendo que algumas opressões são mais dolorosas. E que “às vezes somos oprimidos, mas às vezes somos opressores” (Idem, p.56). Nesta linha, a autora traz uma provocação que dialoga com o tema da desigualdade de acesso ao cuidado e aos direitos fundamentais:

Nem toda mulher é branca, nem todo negro é homem, nem todas as mulheres são adultos heterossexuais, nem todo adulto heterossexual tem locomoção política, visto as geografias do colonialismo limitarem as capacidades humanas. (AKOTIRENE, 2019, p. 28)

O pensamento interseccional nos ajuda a lançar luz sobre as reflexões de gênero, saúde mental, cuidado e comunicação de um modo crítico, fugindo de essencialismos e generalizações. Afinal, cada pessoa é um universo inteiro, as mulheres são plurais e a ideia de universalidade – tanto para as mulheres quanto para os homens – é ultrapassada. Faz-se necessário desenvolver consciência de nossos privilégios, tanto no acesso aos direitos quanto no acesso aos espaços que são importantes para questionarmos e lutarmos por um projeto ético-político de uma sociedade mais justa e que reconheça as dívidas históricas que existem com as

peessoas que sempre foram subalternizadas, escravizadas, trancafiadas, interditadas e colocadas à margem da vida.

Quando pensamos nos sentidos do “estar à margem”, a o trabalho de Kilomba (2019) traz uma síntese de como as múltiplas opressões, discriminações e violações ocorrem na prática, e é possível entender por que é urgente lançar mão do conceito de interseccionalidade na saúde, na comunicação, no direito e nas mais diversas áreas.

A margem e o centro de que estou falando aqui referem-se aos termos de margem e centro, como usados por Bell Hooks. Estar na margem, ela argumenta, é ser parte do todo, mas fora do corpo principal. Hooks vem de uma pequena cidade do estado de Kentucky, onde trilhos de trem eram lembranças diárias de sua marginalidade, lembretes de que ela estava realmente do lado de fora. Através daqueles trilhos se chegava no centro: lojas que ela não podia entrar, restaurantes onde ela não podia comer e pessoas que ela não podia olhar nos olhos. Esse era um mundo onde ela poderia trabalhar como doméstica, criada ou prostituta, mas onde ela não podia viver, ela sempre tinha que retornar à margem. Havia leis para garantir seu retorno à periferia e severas punições para quem tentasse permanecer no centro (KILOMBA, 2019, p.42)

A ideia de “estar à margem” nos ajuda a trabalhar com mulheres e pessoas que se identificam como mulheres e entendermos que o sofrimento mental, bem como o acesso a direitos que ajudam a preveni-lo ou lidar com ele, têm uma configuração diferente de acordo com a realidade de cada mulher. Como em toda pesquisa surgem desafios, necessidades de adaptação e limitações, nossos caminhos acabaram sofrendo ajustes devido ao tempo de avaliação do projeto no Comitê de Ética, ao cronograma da pesquisa e a limitação de recursos para realizar o trabalho de campo em meio à crise sanitária. Trabalhamos com um campo virtual e isso trouxe consequências na prática. Queríamos alcançar as mulheres que cuidam e/ou que precisam acionar cuidados em saúde mental e que não estavam inseridas em redes institucionalizadas, mas conseguimos chegar às mulheres sem acesso à internet. Ou seja: a perspectiva interseccional nos ajuda a pensar em nossos resultados, mas, acima de tudo, reconhecer que não damos conta de explorar todas as desigualdades e vivências que afetam as mulheres que cuidam ou são cuidadas em sua totalidade.

2.4 GÊNERO, SAÚDE MENTAL E CUIDADO EM TEMPOS DE COVID-19 NO BRASIL

O Brasil não é um país homogêneo e, assim como diversos autores dizem, é constituído de vários Brasis, ou seja, de muitas realidades distintas e desigualdades. A pandemia global

apenas escancarou essas desigualdades, acentuou os problemas sociais e evidenciou, no caso brasileiro, ataques recorrentes aos direitos sociais e humanos e à vida das mulheres. Além disso, este período também promoveu debates sobre a saturação do modelo de cuidado e expôs as feridas que já existiam na sociedade patriarcal e aprofundou as desigualdades, sobretudo, na vida das pessoas que se encaixam nas classes sociais mais vulneráveis e precarizadas (SANTOS, 2020), acentuando múltiplas crises. Nas instituições, no Estado brasileiro e na sociedade, não há como pensar em cuidado coletivo e direito à saúde, sem refletir sobre quem são as pessoas mais impactadas. As mulheres estão neste grupo e são afetadas de modos diversos, de acordo com seus contextos de vida, sua classe, sua raça/etnia, sua posição social, entre outros fatores.

Para melhor organizar nossas reflexões sobre o tema, dividimos este texto em tópicos: reflexões sobre o modelo de cuidado e impactos da pandemia, saúde mental e adoecimento feminino, ausência Estatal e iniquidades de gênero no cenário brasileiro.

Saturação do modelo de cuidado e os impactos da pandemia

Pesquisas apontam que as mulheres foram e continuam sendo as principais destinatárias da sobrecarga, da responsabilidade pelo cuidado e bem-estar de crianças, idosos e familiares, ao mesmo tempo em que lidam com crises na vida financeira, desvalorização e são afetadas por isso modo particular em relação aos homens, por estarem “a frente e ao centro da pandemia”.

Desse modo, elas estão mais propícias a adoecer e são diagnosticadas com os Códigos Internacionais de Doenças (CIDs) mais diversos ou, pioram de quadros de saúde mental que já vinham enfrentando antes da pandemia. Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), com três mil voluntários de 26 estados do país revelou que as mulheres apresentam maiores sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Outra pesquisa realizada por estudantes de medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) com 822 mulheres que são mães de todas as regiões do Brasil também revela que mulheres que mais de 80% das mães sentem-se mais sobrecarregadas no cuidado dos filhos com a pandemia. Foi identificado ainda que 25% das entrevistadas apresentaram sintomas de depressão, 7% estavam mais ansiosas, 23% mais estressadas e 39% tiveram sintomas de estresse pós-traumático.

Contraditoriamente, o aumento das demandas por cuidado não assegura que as pessoas que adoecem cuidando, tenham direito a serem cuidadas. De acordo com Guimarães e Hirata (2020), as mulheres “são trabalhadoras no cuidado – e a flexão no feminino é justa pela expressiva maioria de mulheres – que formavam o grosso do contingente dos brasileiros extremamente vulneráveis aos efeitos da pandemia” (GUIMARÃES; HIRATA, 2020, p.268-269). A vulnerabilidade é acentuada, de acordo com as autoras, devido à precarização das

condições de trabalho e desvalorização por parte dos contratantes. De modo geral, a precariedade se manifesta em diversas situações, como: maior exposição e, conseqüentemente, mais risco de se contaminar com o coronavírus; jornadas de trabalho exaustivas em condições insalubres; perdas salariais; maior risco de desemprego (sobretudo no caso das empregadas domésticas e profissionais vínculos frágeis de trabalho/sem garantia de direitos trabalhistas); vivências abusivas no ambiente de trabalho; e maior tendência a desenvolver exaustão mental.

Quando pensamos no caso das mulheres que são cuidadoras em saúde mental ou que estão envolvidas na tarefa do cuidado dentro de suas casas, a situação da desvalorização e da falta de reconhecimento também é preocupante. Tanto que, as discussões sobre o pensamento teórico de autoras como Federeci (2019) passaram a ganhar mais destaque em meio à pandemia de Covid-19, principalmente nos debates sobre economia do cuidado. Resumidamente, economia do cuidado é um termo utilizado atualmente para se referir ao trabalho do cuidado como atividade essencial para manutenção da vida – atividade esta que envolve muita dedicação diária por parte de quem a executa e que, geralmente, não é remunerada no ambiente doméstico e é mal paga fora dele.

De acordo com a pesquisa “Sem Parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia”, realizada pelas organizações Gênero e Número e Sempre Viva Organização Feminista, impactam tal percentual, que é maior entre as mulheres que trabalham no ambiente rural, considerando que a função de cuidadora recai sobre 62% delas. Também há diferenças entre as condições das mulheres negras e brancas: 52% das mulheres negras cuidam de alguém, enquanto entre mulheres brancas o percentual cai para 46%. Em uma perspectiva geral, 41% das mulheres passaram a trabalhar mais do que antes e 35% afirmaram serem as únicas responsáveis pelo trabalho doméstico. A pesquisa também aponta que 72% das mulheres que cuidam de crianças, idosos e pessoas com deficiência relataram o aumento das demandas de monitoramento e companhia por parte das pessoas que são cuidadas.

Além da sobrecarga feminina, entidades como a ONU Mulheres (2020) alertaram, por meio de documentos como “Gênero e Covid-19 na América Latina e no Caribe dimensões de gênero na resposta ao covid-19”, amplamente divulgados nos meios de comunicação, a necessidade de os órgãos governamentais e instituições de saúde oferecerem soluções que reduzissem, em alguma medida, os impactos da pandemia sobre a vida das mulheres que são desfavorecidas com as múltiplas dimensões das iniquidades de gênero. O documento trouxe à tona os principais problemas que catalisam o sofrimento a vulnerabilidade das mulheres: falta/ou redução de renda; desemprego; sobrecarga emocional pelas jornadas duplas e triplas de trabalho; maior exposição aos riscos de contágio pelo coronavírus, considerando que 70%

da força de trabalho na linha de frente de combate à Covid-19 era composta por mulheres; aumento das violências; riscos à garantia de direitos sexuais e reprodutivos; aumento do estigma, discriminação e xenofobia; entre outros.

Apesar do cenário, as respostas a saturação desse modelo de cuidado, à sobrecarga e ao adoecimento feminino não têm sido animadoras, já que o Brasil se mostrou um dos piores países no mundo na gestão da pandemia e no interesse em priorizar a vida das mulheres dentro da agenda de políticas públicas. Alguns retrocessos intensificados nesse período, que resultaram em um significativo encolhimento na agenda da igualdade de gênero.

Nos últimos anos, o debate sobre a desconstrução das desigualdades e o fomento às iniciativas que ajudam a pensar em ações práticas para reduzir os impactos negativos que a discriminação de gênero traz para a vida das mulheres e meninas ganha relevância entre órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), que firmou, como um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da agenda de 2030, o alcance da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas.

Entre as metas criadas para a concretização deste objetivo, a ONU destaca a importância de serem realizadas algumas ações, como o combate às violências de gênero nas esferas pública e privada, a criação e o fortalecimento de políticas públicas para a promoção da igualdade de gênero, o fomento e garantia à participação efetiva das mulheres em cargos de tomada de decisão da vida política, econômica e pública, a garantia do acesso universal aos direitos ligados à saúde sexual e reprodutiva, o reconhecimento da importância do trabalho doméstico não remunerado e a criação de políticas de proteção social e promoção de responsabilidades independente do gênero, dentre outras.

No Brasil, as desigualdades de gênero são acentuadas pelas heranças coloniais e escravocratas, pilares da formação do país. Esses resquícios de desigualdade tornam-se ainda mais nítidos quando, em pleno século XXI, o Brasil ocupa a 92ª posição no ranking mundial em relação às desigualdades de gênero, segundo o Fórum Econômico Mundial. Desde 2016 (período que marca o processo de impeachment da primeira presidenta brasileira, Dilma Rousseff, e a ascensão de Jair Bolsonaro), há algumas evidências da falta de compromisso com a agenda da igualdade de gênero. São elas:

- Retirada do compromisso com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) do Plano Plurianual (PPA) do governo entre 2020/2023 em dezembro de 2019 e, conseqüentemente, abandono de um dos planos mais importantes para o estabelecimento de prioridades orçamentárias no Governo Federal — com veto e retirada do compromisso com os ODS que fazem parte da agenda de 2030 da ONU.

Desfinanciamento do combate às desigualdades e violência de gênero

Entre 2016 e 2022, as mulheres não foram priorizadas na agenda política. Primeiro, o Ministério das Mulheres e a Secretaria Especial de Política para as Mulheres, atrelados ao gabinete presidencial que atuava com base na Política Nacional de Política para Mulheres (PNPM), foi extinto em 2016; posteriormente, foi substituído pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) que, desde o início de suas atividades, adotou uma visão conservadora, pouco considerando a agenda da igualdade de gênero e da diversidade de gênero e as diversas concepções de família. Em 2020, no auge da pandemia, a pasta gastou apenas R\$5,6 milhões de um orçamento de R\$126,4 milhões disponíveis para investimentos em políticas públicas para as mulheres, segundo um estudo realizado pela consultoria legislativa da Câmara dos Deputados.

Negligência na garantia do direito à saúde e falta de acesso aos cuidados adequados para as mulheres durante a pandemia

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) estima que 12 milhões de mulheres perderam o acesso aos serviços de planejamento familiar em meio à pandemia. Há registros deste problema em 115 países de renda baixa e média, incluindo o Brasil. Entre as consequências desta situação, há a previsão de 1,4 milhões de gravidezes não intencionais.

A lentidão na hora de criar estratégias de proteção e garantia de direitos para as mulheres gestantes e puérperas também foi evidente na pandemia. De acordo com uma pesquisa publicada na revista *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, o Brasil lidera o ranking mundial das mortes maternas por Covid-19, sendo o país responsável por concentrar 77% dos óbitos. Pesquisas revelam que as mulheres negras são as mais afetadas, já que a mortalidade delas é quase duas vezes maior em relação às mulheres brancas. Essa negligência foi citada no relatório publicado pela CPI da pandemia, que afirma:

Mais de mil gestantes e puérperas perderam a vida por covid-19 até abril de 2021, sem que fosse registrado nenhum especial empenho do Ministério da Saúde dirigido às mulheres nessas condições, debitando-se esse resultado à negligência do governo federal. Nesses casos, não há informações consolidadas sobre a situação dos bebês, mas considerando que 55% das gestantes mortas por Covid-19 estavam no terço final da gravidez, é provável que centenas de bebês tenham morrido sem sequer ter o nascimento registrado, tornando-se vítimas invisíveis para as estatísticas, mas duramente sentidas pelas famílias enlutadas (RELATÓRIO CPI DA PANDEMIA, 2022, p.608)

Aumento da violência de gênero, sem garantia de atendimento às vítimas

A violência de gênero é constituída por quaisquer tipos de agressão, seja de origem física, sexual, psicológica, obstétrica ou patrimonial. Essas violências não são aplicadas somente às mulheres, mas também aos homens trans, aos grupos LGBTQIAPN+ e tantas outras classificações e identidades de gênero. De acordo com a pesquisa “Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil”, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Instituto Datafolha, 17 milhões de mulheres brasileiras acima de 16 anos sofreram algum tipo de violência física, psicológica ou sexual em 2020, o que significa que 1 a cada 4 brasileiras passaram por alguma violação. Um fator que agravou as tensões e níveis de estresse no ambiente doméstico foi o maior tempo de convivência da vítima com o agressor, o que torna o ambiente doméstico inseguro e faz com que as mulheres demorem mais tempo para formalizar uma denúncia.

Adoção de medidas insuficientes para resolver os impactos da feminização da pobreza

As mulheres são as mais afetadas pelo desemprego e pela feminização da pobreza e o Estado sempre soube disso, tanto que, de acordo com o Relatório da CPI da Pandemia (2022, p.650), destaca-se que a “iniciativa do Congresso Nacional, adotada pelo Brasil em 2020 foi o auxílio-emergencial com valor dobrado para as famílias monoparentais com filhos até 14 anos. Arranjos desse tipo alcançavam, em 2020, cerca de 11 milhões de lares, sendo a maioria deles conduzida por mulheres negras (7,8 milhões)” (p. 650). Apesar disso, a proposta foi insuficiente, já que, segundo o mesmo documento, “o valor, porém, que foi de três parcelas de R\$1.200 em 2020, foi reduzido também para três parcelas de apenas R\$375 em 2021, situação que jogou na insegurança alimentar milhões dessas famílias e as obrigou a buscar trabalho para complementar a renda insuficiente, mesmo sob risco de adoecer” (p.650).

Ainda sobre os impactos financeiros na vida das mulheres, o boletim “Pobreza, substantivo feminino”, publicado pelo Observatório das Desigualdades, em abril de 2020, destaca que a feminização da pobreza se expressa com mais intensidade em situações de crise econômica e política. Na prática, a escassez de recursos difere para as mulheres em relação aos homens por fatores que vão desde as desigualdades salariais e precarização das profissões até a composição da estrutura familiar, entre outros fatores. O documento traça um perfil comum em relação às mulheres que mais sofreram os impactos socioeconômicos devido a fatores como o desemprego, perda de renda e, conseqüentemente, dificuldades na hora de comprar comida, pagar contas e manter o aluguel, por exemplo. Muitas delas não estavam amparadas pelos direitos trabalhistas por não ter carteira de trabalho assinada, trabalhavam em subempregos, como define o Observatório:

São empregadas domésticas, diaristas, babás, manicures, balconistas, caixas de supermercado, farmácias e padarias ou que estão na linha de frente dos serviços de cuidados e outras em situação de subemprego, para as quais não há a opção de home office; para quem as medidas de distanciamento social significam a falta de recursos imediatos. Além disso, essas comunidades, aglomerados e favelas sofrem da falta de saneamento básico e moradias adequadas, o que dificulta o acesso às medidas de higiene necessárias para evitar a contaminação. (OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES, 2020, p.18).

Ataques à Reforma Psiquiátrica e aos serviços de saúde mental

O cuidado é uma urgência e a garantia do cuidado tem relação direta com a saúde mental. Neste sentido, órgãos como a OMS e a OPAS elaboraram documentos com orientações para os serviços de atendimento e atenção psicossocial e seus respectivos atores traçarem estratégias para continuar prestando o atendimento à saúde mental das populações.

Uma das publicações, nomeada “Intervenções Recomendadas em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS)”, traz um guia sobre saúde mental e atenção psicossocial com base em diferentes níveis de necessidades e ações prioritárias, conforme o nível de vulnerabilidade dos grupos sociais. No caso do atendimento realizado nos serviços especializados em saúde mental, a facilitação do acesso à atenção e à saúde mental com apoio psicossocial por meio de serviços remotos, a continuidade dos tratamentos de pacientes e garantia de atendimentos de urgência foram recomendações consideradas indispensáveis para a manutenção do direito à saúde. Considerando as barreiras existentes no acesso à saúde, o cenário de ataques recorrentes à Reforma Psiquiátrica, intensificados durante a pandemia e à exclusão digital, a crise sanitária e a atuação do Ministério da Saúde na gestão Bolsonaro fizeram com que pessoas que são atendidas pelos serviços de saúde mental ou cuidam de alguém que precisa desse apoio foram impactadas negativamente.

Saúde mental e gênero na pandemia

As evidências apresentadas até aqui apontam que os riscos de violação aos direitos humanos e constitucionais foram a prioridade de um Estado que deveria amparar as pessoas e garantir a elas, condições de vida. Autores como Rosário (2020), Borba (2021) e Chade (2021) desenvolveram trabalhos nos quais se constata que a falta de gestão, ou melhor, a gestão inspirada em práticas de necropolítica (MBEMBE, 2018) que foi conduzida pelo Governo Federal durante a pandemia de Covid-19.

Segundo Mbembe (2018), um Estado baseado na necropolítica é o que detém e se utiliza da soberania para ditar o poder de decidir quais vidas têm o direito de continuar existindo e quais corpos podem morrer. Em situações emergenciais, como guerras e pandemias, é natural

nos depararmos com expressões e atitudes de líderes estatais sobre quais vidas vivem ou morrem. A negação dos direitos básicos em meio à pandemia (alimentação, saúde, saneamento básico, educação, acesso a máscaras e álcool em gel, por exemplo) é uma expressão deste conceito na prática. Afinal, quando o agir político nega as consequências de uma pandemia e minimiza seus efeitos, não há espaço para discutir sobre o direito à vida e, tampouco, o direito à saúde.

De acordo com a OMS, o conceito de saúde mental, por sua vez, é associado a um bem-estar que permite que as pessoas consigam gerenciar suas emoções, desenvolver suas habilidades, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade. Não defendemos que esses conceitos devem ser totalmente refutados, até porque não somos profissionais de saúde mental. Porém, em um cenário no qual a pandemia acentuou as desigualdades e evidenciou as piores condições de vida possíveis para grupos vulneráveis como as mulheres, é preciso refletir sobre o que entendemos por saúde mental. Na ausência de segurança financeira, tendo que lidar com jornadas exaustivas de trabalho dentro e fora de casa, na perda de renda e de direitos, como é que as mulheres continuarão a trabalhar de forma produtiva, gerenciando suas emoções, sem deixar que isso as afete? Nos casos em que isso não é possível, o sofrimento mental significa necessariamente que a única resposta para suas vidas é a medicalização e o atendimento nos serviços de saúde mental?

Autoras com uma trajetória rica na saúde mental, tanto no âmbito acadêmico quanto nas práticas clínicas que entendem que as condições de vida e existência fazem toda a diferença na qualidade da saúde mental vão discordar dessa visão e nós optamos por esse caminho para falar e pensar sobre saúde mental, justamente por não concordamos com uma abordagem biomédica da saúde mental e, ressaltarmos, desde o início nosso alinhamento aos princípios da Reforma Psiquiátrica para pensarmos sobre a conexão entre saúde mental, gênero e comunicação.

Durante uma aula realizada no dia 16 de fevereiro sobre saúde mental, mulheres, COVID-19 e sobreposição de vulnerabilidades, na disciplina Mulheres e pandemia COVID-19 – resistências e re (existências) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), a psicóloga Valeska Zanello afirmou que os sintomas depressivos e de ansiedade vivenciados por mulheres, mais do que nunca, são respostas às violências que elas enfrentam em um país que, durante a pandemia, não nos deu nenhuma possibilidade e perspectiva de pensar o cuidado enquanto direito coletivo na saúde pública. Nesta linha, Zanello também enfatizou que é preciso compreender que “Saúde mental não é só remédio e terapia [...] e sim políticas públicas. Pensar em intervenções como creches gratuitas, pedagogias afetivas, e redes de amparo e cuidado às mulheres é importante”.

Assim como Zanello, Pereira (2020) tem uma perspectiva crítica e um trabalho muito importante na saúde mental com foco nas questões de gênero. Em sua pesquisa de doutorado, Pereira ouviu mulheres que sustentam a Reforma Psiquiátrica no país – artistas, militantes sociais, protagonistas de associações e coletivos, trabalhadoras da saúde mental, mulheres que tem vivências com os CAPS, entre outras e nos brinda com um debate fundamental para entendermos os riscos de classificar uma mulher como “louca” em contextos de tantas violações de direitos e abusos contra a vida das mulheres. Segundo ela, é preciso considerar as experiências e dificuldades que as mulheres enfrentam em suas vidas, não só atualmente, mas ao longo da história. Neste sentido, a atribuição dos diagnósticos às mulheres classificadas como “loucas” e a cultura da medicalização é um problema, sem considerar outros fatores são um problema que a autora define como “patologização dos femininos”.

No caso das mulheres, a medicalização pode ser traduzida na patologização dos sofrimentos cotidianos ou mesmo referentes às dificuldades econômicas e sociais, muitas vezes baseados em certos padrões relacionados ao “feminino”. (PEREIRA, 2020, p. 64).

Em relação à articulação entre gênero e saúde mental, Pereira *apud* Oliveira (2019), é didática ao explicar como as opressões geram sofrimento e chegam às mulheres de modo muito particular.

A figura do louco (no singular e masculino) acaba por invisibilizar uma série de outras situações. Tem que lançar luz sobre o hospício e a comunidade terapêutica ter cor e raça, classe social, e isso incidir sobre as mulheres. Em especial, às mulheres lésbicas e trans, de forma particular”. (PEREIRA, 2019, entrevista concedida à Bruna Martins Oliveira)

Neste contexto, pensamos, a partir das nossas vivências, do arcabouço teórico de gênero e saúde mental e dos resultados alcançados nesta pesquisa que, por trás mulheres ditas, ou melhor, “faladas” por outros, como sendo as “loucas”, muitas vezes, temos mulheres que estão apenas sobrecarregadas e adoecidas, por serem o tempo todo subalternizadas, questionadas, silenciadas, responsabilizadas por todo e qualquer tipo de cuidado. Elas também são violentadas por parceiros, pais, irmãos, assediadas em ambientes de trabalho, nos espaços públicos e culpabilizadas quando não se enquadram no padrão da mulher universal, feminina, doce, maternal, que vive para todo mundo e mesmo sobrecarregada, sorri, porque é isso que as mulheres aprendem desde pequenas por meio das pedagogias afetivas: cuidar dos maridos, dos filhos e garantir o bem-estar de todos, o tempo todo (Zanello, 2018), embora o cuidado seja uma habilidade humana e um direito das mulheres, que aprendem que seu valor está associado à validação masculina e à validação de uma sociedade construída e pensada para os homens. De acordo com a autora, as mulheres aprendem a amar os homens e a fazer tudo por eles. Os

homens, por sua vez, aprendem que seu valor está ligado ao trabalho, ao papel de provedor e suas subjetividades estão associadas aos dispositivos da eficácia. Quando eles se frustram e descontam nas suas parceiras, é comum que elas adoçam emocionalmente. Nesse sentido, a autora também desenvolveu outros trabalhos nos quais constatou que:

O clássico choro, cuja expressão é inibida socialmente em homens, mas não apenas permitida como até incentivada em mulheres, em culturas sexistas é o exemplo dado nos principais manuais de classificação diagnóstica para o sintoma “tristeza”, para diagnosticar o transtorno mental da “depressão” (ZANELLO, 2018, p.20)

O que Zanello (2018) e Pereira (2019 e 2020) nos trazem é muito interessante, porque, por mais que a visão sobre a saúde mental e as mulheres em sofrimento tenha mudado muito com o passar dos anos, a lógica manicomial não se encerra com o fechamento dos manicômios nos moldes do passado, pois este modo de pensar, aprisionar e oprimir as mulheres não está dado na placa de uma ou outra instituição que se diz transformada e sim, no imaginário social, construído durante anos a fio por lentes opressoras e o desejo de jogar os “loucos”, “loucas”, indesejados e indesejadas abaixo da linha abissal (Santos, 2007). O controle do corpo e da mente feminina sempre foi uma obsessão dos médicos e dos manicômios.

Pesquisadoras como Rodhen (2001) trazem esse assunto à tona. Em uma análise de 1.593 teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre os séculos XIX e XX sobre sexualidade e reprodução humana, a autora concluiu que os médicos sempre fizeram uma associação entre o corpo feminino e a loucura, a partir da delimitação das diferenças das funções sexuais e reprodutivas entre mulheres e homens (p.112). Ou seja, durante muito tempo, essa visão limitada fazia com que os médicos associassem aspectos naturais da vida da mulher como menstruação, menopausa, puberdade e puerpério, por exemplo, às chamadas “perturbações mentais” Para as mulheres que manifestavam vontades distintas em relação aos padrões sociais (negação da maternidade, expressão dos desejos sexuais, quebra dos padrões heteronormativos e inadequação a condição de mulher “dócil e do lar”), o destino era internação nos hospitais psiquiátricos, em tratamentos pautados no controle, na opressão e na violência de gênero.

Para os homens loucos, a normalidade rompida era a do bom provedor da família e a do cidadão ordeiro. Para as mulheres, tratava-se da recusa da vida doméstica e dos papéis de mãe e esposa. E, enquanto para os homens serem internados seria preciso que tivessem se tornado de fato muito incômodos, rescindido, demonstrado visivelmente a sua perturbação em comportamentos antissociais no meio público – onde deveriam ser bons cidadãos e bons trabalhadores –, para as mulheres a internação parece ser mais fácil e rapidamente decidida, a partir do rompimento dos códigos das próprias

famílias. A primeira, uma loucura pública; a segunda, uma loucura privada. (ROHDEN, 2001, p.114).

Hoje, órgãos como a OMS entendem que existem outros fatores que levam às mulheres ao adoecimento psíquico. A violência de gênero é um deles, e trata-se de uma questão de saúde pública., segundo o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde. Dois capítulos do relatório tratam da violência de gênero, sendo um deles concentrado nas violações praticadas por parceiros íntimos. Como uma das consequências decorrentes dessas violações, a saúde física e mental da mulher é afetada de forma muito negativa.

[...] O fato de ter um histórico de ser alvo de violência coloca a mulher em um risco crescente de depressão, tentativas de suicídio, síndrome da dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrointestinais, síndrome do intestino irritável, diversas consequências na saúde reprodutiva (OMS, 2002, p. 102).

Também sabemos, por meio dos estudos de gênero e saúde mental que tivemos acesso, que resumir a complexidade da saúde mental das mulheres a um diagnóstico ou associar a ocorrência de sofrimento psíquico nas mulheres somente ao gênero é reducionista.

A solução para esses sofrimentos continuam sendo as mesmas: os psicofármacos e, em tempos de desmontes da saúde mental na configuração da RAPS, o direcionamento, nos casos considerados mais difíceis, para as instituições psiquiátricas. Segundo Pereira (2019), é preciso ter muita atenção às respostas da saúde mental para as mulheres em sofrimento nos tempos atuais, pois, muitas vezes, os problemas vivenciados por elas e os motivos que as levam para consultórios e farmácias em busca de remédios psiquiátricos e queixas de sofrimento mental, na maioria das vezes, estão associados à negação de direitos e a precarização da vida.

O aumento expressivo de psicotrópicos e ansiolíticos por usuárias da rede de saúde pública brasileira nos aponta para que as consumidoras são, em sua maioria, mulheres pobres e negras, a quem o Estado não chega pelas políticas públicas de assistência, saúde, educação, trabalho, cultura e lazer, mas a quem rapidamente apresenta seus braços através de instituições asilares e alto índice de uso de medicamentos. Mulheres que vivem as duplas jornadas de trabalho, e que são, atualmente, as principais chefes de família, responsáveis pelas crianças, doentes e idosos. Mulheres que, quando habitantes de territórios de favela, vivenciam a violência cotidiana e acompanham seus filhos vítimas diretas ou indiretas do tráfico ou do Estado repressor e apenas encontram o remédio psiquiátrico como resposta em serviços públicos cada vez mais sucateados e precarizados (PEREIRA, 2019)

As referências apresentadas até aqui nos ajudam a compreender de forma mais humanizada e ampla as experiências das mulheres que são cuidadoras parentais informais e que também acabam adoecendo em algum momento ou que já vivenciaram algum tipo de sofrimento mental por outros motivos. Não é nossa intenção negar a existência dos transtornos mentais e dos impactos causados em decorrência disso. Contudo, a relação entre os estudos de gênero e saúde mental alinhadas à uma postura crítica do atual momento político precisa ser feita porque, embora as mulheres vivam jornadas singulares e apresentem sofrimento de modo particular, o que se destina a elas no atual momento não é o amparo e o direito ao cuidado.

Parte II
– Fazer e Saber –

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

“[...] Eu que agora tenho a voz audível não falarei por ninguém. Convidarei para virem ao meu lado, para não deixarem se apagar ou desencorajar. De que valerão os meus escritos se eu não convocá-las e se eu ignorar da onde vim?”

Ryane Leão

Minayo (2016) afirma que os vínculos criados entre a pessoa que se coloca enquanto pesquisadora (o) e as pessoas que estão na condição de participantes de uma pesquisa são importantes para o sucesso do trabalho de campo. Em nosso caso, a proposta de pesquisa nos toca tão intensamente que arriscamos dizer que sem a criação de um vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança com as mulheres que aceitaram compartilhar suas experiências e saberes conosco, nada faria muito sentido. Afinal, as mulheres são o coração e a alma desta dissertação. Não é por acaso que, desde o primeiro momento, destacamos que as mulheres que aceitariam estar conosco nesta jornada seriam tratadas como protagonistas e não como objetos ou sujeitos de pesquisa. Por isso, optamos por um olhar decolonial tanto na construção do arcabouço teórico que sustenta nossos argumentos quanto na experimentação de uma metodologia inclusiva, que valoriza a escuta e o lugar de fala das mulheres participantes.

O projeto precisou de adaptações. Tivemos mudanças de percurso entre o que planejamos (reconhecemos o planejamento ousado diante das condições impostas pela Covid-19) – e o que conseguimos realizar, mas, felizmente, conseguimos abrir os caminhos para uma jornada que nos permitiu aprender, nos emocionar, fazer descobertas incríveis, trocar experiências e compartilhar saberes e sentimentos com as mulheres que sentiram o chamado de estarem conosco e nos cederam seu precioso tempo e atenção.

Dito isso, organizamos este capítulo em alguns tópicos que visam guiar nossa experiência de campo, desde os primeiros passos. De antemão, vale o alerta: tínhamos ciência da ousadia com a qual estávamos caminhando e do imenso desafio que seria “entrar em campo”, mas, a realidade nos surpreendeu ainda mais. O campo nos invadiu, ou melhor, me invadiu em primeira pessoa e me fez transbordar em um mar de sentimentos e reflexões. Com isso, o projeto ganhou vida e movimento. Movimento que não acaba nos resultados que se apresentam nas próximas páginas, mas que, tentaremos, com o máximo de respeito às mulheres ouvidas, traduzir em palavras.

Percurso metodológico

A base do percurso metodológico e analítico deste projeto é resultado de quatro escolhas: a opção por uma perspectiva de comunicação e saúde mental que dialoga com os estudos de gênero – sobretudo com a epistemologia feminista, o entendimento da comunicação como um mercado simbólico (Araujo, 2004), com ênfase na perspectiva de comunicação e informação em saúde; o destaque analítico do conceito Lugar de Interlocução (Araujo, 2004), adotado como eixo conceitual-metodológico para compreender as dimensões comunicacionais das redes de apoio e comunicação entre mulheres que cuidam ou que precisam de cuidados em saúde mental; e a escolha de procedimentos metodológicos que valorizam a escuta, o lugar de fala e o protagonismo das participantes que não são consideradas como objetos ou sujeitos de pesquisa e sim coprodutoras de conhecimento.

Nosso trabalho de campo foi pensado e estruturado com base o método Conversações²⁵, proposto por Araujo (2015). Esse método tem como um de seus fundamentos um olhar inclusivo e acolhedor em relação às pessoas envolvidas na pesquisa. As conversações consistem em sucessivas aproximações da periferia para o centro – que foram sendo viabilizadas através de conversas individuais e coletivas - em referência tanto às dimensões da questão/situação tratada quanto em relação ao respeito ao direito à voz das participantes, que não foram tratadas como “fontes” de informação, mas ouvidas e estimuladas a contribuir no processo com poder de sugerir, ponderar e questionar o próprio método e sua condução.

Tínhamos plena consciência de que conversas individuais e coletivas que envolvem saúde mental poderiam despertar um mix de sentimentos e desconfortos, portanto, nos preparamos para esse momento com muito cuidado. Nossa proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz sob o número de parecer **5.641.830**²⁶ no dia 14 de setembro de 2022

Para a análise dos debates sobre as temáticas nas rodas de conversa, nos baseamos na matriz analítica do modelo da comunicação como mercado simbólico, por entendermos que os fatores de mediação entre centro e periferia discursivos que ela propõe são um caminho bem adequado aos nossos objetivos, por possibilitar a compreensão do lugar de interlocução de cada participante do projeto, tanto em relação à sua história com saúde mental e trajetória do cuidar/

²⁵ A metodologia, ainda não publicada, foi desenvolvida por Inesita Soares de Araújo como produto de estágio pós-doutoral.

²⁶ O parecer de aprovação do projeto pode ser consultado no site <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>. O projeto foi qualificado como MULHERES EM REDE: Comunicação, cuidado e saúde mental em tempos pandêmicos

precisar acionar cuidados quanto no reconhecimento do direito à comunicação e seu exercício. Os fatores de mediação, segundo Araujo (2004, p.9) são elementos simbólicos e materiais que permitem a movimentação dos interlocutores para o centro ou para a periferia discursiva nos espaços em que há disputa pelo poder de fala e de posicionamento. De modo geral, quem está em vantagem no mercado simbólico quer permanecer no centro do discursivo, ocupando uma posição de poder e as pessoas que estão na periferia discursiva acionam os fatores de mediação para lutar por um melhor lugar de interlocução, em busca de reconhecimento, poder discursivo e social.

A matriz não foi contemplada em sua inteireza e potencial, pela exiguidade do tempo e outras limitações que se impuseram à sua realização. Abaixo, os fatores de mediação da matriz analítica.

- **MOTIVAÇÕES E INTERESSES**

Pessoal, interesse coletivo e/ ou comunitário, interesses institucionais e político.

- **RELAÇÕES**

Institucionais/empresariais, pessoais, relações entre grupos e comunidades.

- **COMPETÊNCIAS**

Contextos e/ou fatores que podem contribuir com a legitimação do lugar de interlocução da pessoa no mercado simbólico em que ela disputa sentidos. Exemplo: uma ativista de saúde mental com conhecimento amplo sobre os movimentos sociais em saúde mental tem uma competência na hora de elaborar uma fala e se posicionar.

- **DISCURSIVIDADES**

Discursos/intenções do discurso, cenários de produção do discurso.

- **DISPOSITIVOS DE COMUNICAÇÃO**

Acesso à mídia, aos dispositivos de enunciação, aos dispositivos de produção e circulação discursiva, manejo de tecnologias de informação e comunicação.

- **LEIS NORMAS E PRÁTICAS CONVENCIONADAS**

Legislação, normas e regulamentos, convenções internacionais.

3.1. A linha tênue entre o entusiasmo e o medo: o preparo para o campo

Antes de realizar os primeiros convites e contatos com as mulheres que mergulharam comigo neste projeto, eu já me sentia muito tocada emocionalmente –um misto de entusiasmo e medo – pela possibilidade do encontro com pessoas, que possuem vivências tão parecidas com as minhas. Ao mesmo tempo em que isso contou ao meu favor e facilitou a explicação dos

porquês que me movem e da motivação para trabalhar com saúde mental e gênero, partindo do olhar de uma comunicação mais respeitosa, revelar este meu lugar de interlocução tão pessoal trouxe imensos desafios, angústias e um sentimento de cobrança dobrado sobre o tamanho da responsabilidade que é ouvir pessoas, compartilhar histórias e trajetórias com elas.

Por mais que eu tenha me inspirado em metodologias inclusivas e no olhar decolonial, o fato de realizar uma pesquisa no formato on-line apresentou um cenário de algumas limitações e frustrações. Sem dúvidas, o primeiro grande desafio foi a aproximação com as mulheres. A todo momento, eu pensava: como me aproximar dessas mulheres, me apresentar para elas por meio de uma tela e tentar criar um laço de confiança de modo que elas entendam que as minhas motivações para este projeto vão além da missão de dar conta de um trabalho acadêmico? Que contrapartida eu posso oferecer para essas mulheres ou construir com elas em um ambiente tão limitado? Que contribuições eu posso, de fato, trazer com esse projeto?

A única certeza que eu tinha nesta etapa era a de que eu não esconderia o fato de ter escolhido o tema do projeto por ser afetada por ele em todas as dimensões da minha vida e que não gostaria de me colocar apenas como “a pesquisadora”, mas sim como Bruna, a filha que cuida e a mulher que vivencia experiências com saúde mental.

O trabalho em campo exigiu muito preparo, tanto pelas limitações impostas pela Covid-19, quanto pela própria forma de pensar na construção das conversas de modo sensível e respeitoso com as participantes envolvidas. Elaborei junto com minhas orientadoras um roteiro temático visando guiar as conversas individuais e coletivas com as participantes. Felizmente, tive apoio, estímulo e uma orientação brilhante para deixar o lado jornalista curiosa de lado e assumir uma postura de pesquisadora participante, buscando a equidade em relação ao espaço de interlocução construído com cada mulher.

Confesso que, no início, não foi muito fácil me colocar nas rodas de conversa (quando oportuno, claro) com as mulheres, compartilhando experiências, mas o saldo foi muito positivo e transformador. As perguntas desenhadas no roteiro inicial foram muito importantes para a mediação das rodas, mas não fiquei refém delas, por entender que o respeito ao direito à voz e a valorização do lugar de fala das participantes é a essência de uma metodologia participativa e inclusiva.

Inclusive, foi essa “abertura” na metodologia que permitiu que o processo de aproximação e envolvimento com as participantes fosse mais natural, mesmo em um espaço on-line. Neste sentido, um dos principais desafios das rodas de conversas realizadas pelo *Google Meet* foi criar uma dinâmica atraente e acolhedora para puxar a conversação com as mulheres e manter a roda aquecida. Conseguimos alcançar o objetivo, mas, isso não quer dizer

que não tivemos limitações devido ao formato on-line. Recuero (2012) costuma dizer é impossível realizar conversações no ambiente virtual fugindo das limitações e características específicas de um espaço que é mediado por telas. De acordo com a autora, nos espaços digitais, a construção e manutenção de contextos propícios para o diálogo é bastante desafiadora, já que “o contexto não é obvio e não é imediatamente dado [...] O contexto precisa ser construído, reconstruído e recuperado a cada nova interação” (RECUERO, 2012, p.96). Isso acontece porque, ao contrário de um ambiente físico, o espaço digital precisa ser constantemente reinventado, justamente porque a negociação, a compreensão e a recuperação das interações são mais complexas devido às ferramentas digitais.

Assim como Recuero, entendemos que os contextos são fundamentais para legitimar a comunicação e as interações entre as pessoas ou minar a efetividade do diálogo, por isso, adotamos algumas posturas nas conversas individuais e coletivas com o objetivo de minimizar as limitações das trocas mediadas por uma tela. A seguir, detalhamos o passo a passo de todo o processo imaginado e vivido nesta jornada.

3.2 A seleção das participantes

Inicialmente, desejávamos trabalhar com dois grupos distintos de mulheres: um composto por pelo menos cinco mulheres que já estão inseridas em alguma rede ou grupo de apoio em saúde mental e outro por cinco mulheres que não tinham experiência anterior com grupos, mas começaram a se interessar pela busca de redes de apoio em meio à pandemia de COVID-19.

Os critérios de seleção foram: 1) Ser mulher e/ou se identificar como mulher; 2) Ser maior de 18 anos; 3) Ter buscado ajuda e/ou acionado redes e/ou serviços de apoio para lidar com questões de sofrimento psíquico durante a pandemia (ansiedade, insônia, irritabilidade, fadiga emocional, exaustão, perda de energia, medo, desesperança, angústia, dificuldade para realizar tarefas cotidianas, entre outros); 4) Ter acesso às plataformas Zoom, Google Meet ou WhatsApp; 5) Estar em condições de autonomia para participar da pesquisa.²⁷

Nosso primeiro contato foi realizado por e-mail com a Think Olga, uma organização da sociedade civil (OSC) especializada em comunicação de impacto e que tem como um dos eixos centrais de atuação a promoção de ações que sensibilizam a sociedade para as desigualdades de

²⁷ Mulheres em situação de sofrimento psíquico podem estar em uma situação delicada, nem sempre estáveis e isso foi respeitado durante todo o processo, conforme compromisso firmado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e conversas individuais com cada participante.

gênero desde 2013 e que, durante a pandemia, desenvolveu alguns projetos de comunicação e apoio para promoção da saúde das mulheres em tempos de crise. Não obtivemos nenhum retorno e acabamos optando por não prosseguir com o contato.

Em seguida, apresentamos a proposta para Helisleide Bonfim, ativista da Luta Antimanicomial e coordenadora da Associação Papo de Mulher²⁸ – Coletivo Feminista formado por mulheres em sofrimento mental, localizado em Salvador, na Bahia. A Associação surgiu oficialmente em 2013 e segundo Silva e Oliveira (2013), essa criação se deu a partir das atividades de “um grupo terapêutico no CAPS Oswaldo Camargo, localizado na cidade de Salvador, a partir da articulação entre uma usuária do serviço mental e uma assistente social do serviço e sua técnica de referência, ambas militantes dos movimentos antimanicomial e feminista”. (SILVA e OLIVEIRA, p.8, 2013). De acordo com Silva e Oliveira (2012, p.3) a organização é “composta por mulheres pobres, moradoras de periferia, usuárias do SUS e, em sua grande maioria, negras, que vêm construindo ações feministas de enfrentamento às opressões de gênero, raça e classe, bem como aos estigmas acerca da loucura a partir do empoderamento e das lutas coletivas”. Helisleide aceitou fazer parte da roda de conversa e indicou outras duas mulheres para a atividade, mas a participação delas foi inviabilizada por desistência/não adesão ao convite.

Neste cenário, ampliamos os horizontes e possibilidades de convite para mulheres e entramos em contato com o projeto de extensão Mulheres Cuidadoras. O Projeto de Extensão Mulheres Cuidadoras na Atenção Psicossocial é um projeto de extensão universitária que nasceu como uma ação afirmativa voltada para mulheres familiares de usuários da rede pública de saúde mental, vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/ IPUB/UFRJ). De acordo com Bursztyn (2022), a proposta surgiu como um desdobramento de encontros remotos de acolhimento para familiares desenvolvidos no contexto da pandemia da COVID-19, em 2021, pelo Projeto de Extensão Familiares Parceiros do Cuidado do NUPPSAM/IPUB/UFRJ. Em 2022, o projeto Mulheres Cuidadoras foi formulado e implantado, sob a coordenação da Profa. Daniela Costa Bursztyn, contando com uma equipe interdisciplinar

²⁸ Nosso desejo era conseguir alcançar mais mulheres que fazem parte da iniciativa, mas tivemos dificuldades de aproximação com o grupo devido às limitações do ambiente virtual, ao tempo necessário para estabelecer relações e vínculos de confiança com essas mulheres e precisamos nos adaptar em relação à agenda dessas mulheres, que especialmente no período de setembro a dezembro de 2022 estava repleta de compromissos no cenário político. Deste modo, a análise destacada não reflete uma perspectiva ampla da associação e sim se pauta no olhar e nas contribuições de uma das coordenadoras do coletivo que esteve presente nas rodas de conversação e não reflete a imagem da associação de uma maneira mais ampla.

composta por alunas graduandas da UFRJ de diferentes cursos, tais como Psicologia, Serviço Social, Belas Artes e Musicoterapia; por alunas de pós-graduação lato e stricto do IPUB/UFRJ, por mulheres familiares e profissionais técnicas-administrativas do IPUB/UFRJ.

Durante a pandemia da COVID-19, o desamparo Estatal e o fechamento de serviços evidenciaram a sobrecarga feminina e as violências de gênero sobre as quais estão submetidas as mulheres cuidadoras, em especial, às mulheres que possuem familiares atendidos pela saúde mental do SUS. Para suprir lacunas de cuidados em saúde e de oferta de acolhimento, foram criados encontros on-line de suporte mútuo para mulheres cuidadoras (familiares, profissionais e usuárias) do Sistema Único de Saúde, em especial, da rede pública de saúde mental. O projeto, em andamento, desde 2022, visa “contribuir para a produção de protagonismo, empoderamento, autocuidado, mutualidade e solidariedade por meio de ações de acolhimento e apoio mútuo, de educação continuada, de autocuidado, lazer e cultura para mulheres cuidadoras” (BURSZTYN, 2022). Em todas as ações, as mulheres cuidadoras são convidadas a construir e contribuir com os espaços, trocando saberes e experiências com outras mulheres de formações diversas na saúde mental. Além de ações remotas: encontros de acolhimento e apoio mútuo do Coletivo Mulheres Cuidadoras e Cursos Online de Extensão, as participantes do Rio de Janeiro passaram a ser encontrar presencialmente, a cada mês no IPUB/UFRJ.

Já tínhamos conhecimento desse projeto pelas redes sociais e o primeiro contato foi realizado por uma troca de mensagens no WhatsApp. Prontamente, fomos atendidas pela professora, pesquisadora e psicóloga Daniela Costa Bursztyn que coordena o projeto juntamente com mulheres que são familiares de pessoas em sofrimento mental e se entendem como cuidadoras. Marcamos uma chamada de vídeo com a Daniela, na qual conversamos com ela durante três horas sobre o projeto. Foi uma conversa bastante produtiva, entusiasmada e que rendeu o começo de uma parceria, já que a Daniela se dispôs a abrir caminhos com possíveis participantes da pesquisa e, de fato, nos apresentou para grande parte das mulheres ouvidas.

Por fim, a missão de encontrar mulheres que não necessariamente fazem parte de algum coletivo ou instituição se apresentou mais difícil do que imaginávamos. Por meio de indicações, conseguimos chegar em quatro mulheres, mas apenas duas delas participaram efetivamente das rodas de conversa e uma delas acabou optando por não prosseguir sua participação no projeto. As duas mulheres que não chegaram a participar das rodas de conversa tiveram problemas pessoais nas datas das atividades e dificuldades de acesso à internet.

Nosso grupo final foi composto oito por mulheres que se identificam enquanto cuidadoras parentais e mulheres que vivenciam ou já vivenciaram situações de sofrimento psíquico residentes nas seguintes cidades: Bahia/BA, Natal/RN, Rio de Janeiro/RJ e

Criciúma/SC. Tivemos a presença de mulheres que são mães solo, esposas, estudantes das áreas de saúde, mães de crianças neuro diversas, mulheres autodeclaradas negras, mulheres brancas, uma mulher que se identificou como lésbica e uma mulher que se identificou como não-binária e uma mulher que se autoafirmou enquanto mulher “louca”. As idades destas mulheres variaram entre 31 e 68 anos. Infelizmente, as limitações de tempo e formato da experiência em campo, prejudicaram a inclusão de mulheres trans e de mulheres que não possuem acesso à internet em nosso grupo.

3.3 Primeiros passos na pesquisa de campo

O primeiro contato com cada participante em potencial foi feito por meio de uma mensagem personalizada no aplicativo WhatsApp, na qual me apresentei, contei brevemente sobre o projeto de pesquisa vinculado à Fiocruz, sobre minha relação com o tema e sugeri uma conversa individual com a convidada para que pudéssemos nos conhecer melhor e conversar sobre a dinâmica dos encontros coletivos. Os convites foram realizados entre os dias 27 de outubro e 17 de novembro de 2022.

De modo geral, as mulheres foram bastante receptivas ao convite e consegui conversar com onze delas por chamada de vídeo, via *Google Meet* e *WhatsApp*. Algumas conversas duraram 40 minutos, outras, 1 hora e uma, em especial, durou quase 3 horas. Cinco mulheres, em meio à rotina corrida, preferiram conversar por áudios no WhatsApp e ligação telefônica.

Nem todas puderam estar presentes nas conversas coletivas por motivos diversos, mas notei, nesta primeira aproximação, o quanto mulheres que cuidam ou que possuem alguma história impactante na saúde mental sentem a urgência de comunicar, sentir e falar sobre como se sentem e, principalmente, sair do lugar da solidão.

3.4 Uma aspirante a pesquisadora em seus diferentes lugares de interlocução

Ao me apresentar para as mulheres convidadas para as rodas de conversa, senti que era importante falar não só no meu lugar de interlocução de mestranda e aspirante a pesquisadora de um programa de pós-graduação da Fiocruz, mas também do meu lugar de fala enquanto filha que se entende como principal rede de apoio da mãe e mulher que já buscou cuidados em saúde mental. Foi impossível não compartilhar um pouco da minha trajetória pessoal com saúde mental e cuidado, afinal, dos meus 27 anos de vida, 10 são dedicados a esse lugar. Mesmo que eu optasse por não fazer isso, o assunto certamente viria à tona, pois, as mulheres que aceitaram, de fato, o convite só sentiram mais confiança para conversar comigo ao saber das minhas motivações pessoais para realizar a pesquisa.

Percebi que não foi o meu lugar enquanto mestranda da Fiocruz que me deu credencial para estabelecer relações com as participantes e, sim, a minha trajetória com a saúde mental. Certamente, esses lugares podem ter se alternado à medida em que conversei com essas mulheres, pois a relação que desenvolvi com cada uma delas foi única. Por isso, reitero o que disse antes: a pesquisa de campo transbordou e me invadiu. Em nenhum momento tive a pretensão de não me deixar afetar pelos afetos e histórias das mulheres que conversaram comigo e confiaram em mim. Sei que, em pesquisas científicas, o envolvimento intenso e a subjetividade de quem pesquisa são alvo de críticas, mas, desde o início deste trabalho, fiz uma escolha epistêmica na qual entendo que não é possível fazer uma separação completa entre “objeto” e “sujeito”. Neste sentido, Hooks *apud* Kilomba afirma que sujeitos são as pessoas que conquistam o direito de contar suas próprias histórias e assumir suas identidades, enquanto pessoas objetificadas, tendem a ser definidas pelas terceiras pessoas (HOOKS, 1989, p.42 *apud* KILOMBA, 2019, p.19). Na interpretação de Kilomba, é preciso lançar luz sobre a descolonização na pesquisa e, inevitavelmente, “essa passagem de objeto a sujeito é o que marca a escrita como um ato político. Além disso, escrever é um ato de descolonização no qual quem escreve se opõe a posições coloniais, tornando a/o escritor/ “validada/o” e “legitimada/o” e, ao reinventar a si mesma/o, nomeia uma realidade que fora nomeada erroneamente ou sequer fora nomeada” (KILOMBA, 2019, p.14)

Neste sentido, as conversas individuais e coletivas exigiram entrega mútua, reciprocidade, compromisso, ouvidos atentos, coração aberto e confiança. Facilmente eu poderia escrever sobre tudo o que me marcou no contato com cada mulher, desde a primeira conversa, mas deixei para contar essa experiência na íntegra no capítulo destinado à história de cada uma.

3.5 Mulheres em roda: percepção geral

A metodologia das Conversações previa procedimentos que pudessem valorizar a fala, a escuta, o acolhimento e a criação de espaços coletivos em que as participantes pudessem sentir à vontade para trocar experiências e produzir conhecimento em conjunto. Entre as possibilidades, as rodas de conversa foram escolhidas, por nos parecer que seriam ao mesmo tempo respeitosas e facilitadoras das trocas. Assim, somaram-se às conversas individuais.

No escopo original do projeto, planejamos a realização de três rodas de conversa para debate e interlocução de temas centrais em nossa proposta: contextualização da pesquisa, apresentação mútua das mulheres na roda e motivações das participantes para aceitar o convite; contextualização das motivações para buscar redes de apoio; mapeamento das redes pré-

existentes e redes que se configuraram após o ato de pedir ajuda; debate/interlocução sobre cuidado e saúde mental.

Por limitações de tempo e disponibilidade das participantes no período proposto para a realização dos encontros, conseguimos fazer apenas duas rodas. Certamente, alguns temas poderiam ser melhor aprofundados coletivamente, mas o resultado dos encontros coletivos foi, de modo geral, muito rico, tanto que despertou nas mulheres envolvidas o desejo de continuar as trocas em outros espaços digitais.²⁹

As rodas de conversa foram realizadas durante dois sábados no mês de novembro de 2022. A primeira, no dia 19 e a segunda no dia 26. O primeiro encontro durou três horas e o segundo, aproximadamente, 2h30 minutos. Iniciei a primeira roda com um agradecimento coletivo às mulheres que aceitaram o convite para trocar experiências, me apresentei e falei sobre as minhas motivações para pesquisar sobre o tema.

Ainda na apresentação, perguntei se eu poderia apresentar um poema na roda e com a resposta positiva, compartilhei um vídeo do Youtube³⁰ com a declamação “*Conselhos para a Mulher Forte*”, da Gioconda Belli, poetisa e romancista, nicaraguense. A escolha do poema foi motivada devido à temática do autocuidado e cuidado da outra. Em seguida, a roda foi aberta para a apresentação de cada mulher presente e uma delas sugeriu que a roda poderia “girar” de modo que uma participante puxasse a outra para o movimento. A dinâmica não só ficou mais organizada, como também mais natural.

De modo geral, esse encontro de aproximação foi marcado por muita intensidade, aconchego, afeto e emoção. Cada mulher teve um jeito particular de se apresentar e falar sobre as suas motivações e experiências com saúde mental. Algumas, assim como eu, estavam mais tímidas no começo e outras já chegaram marcando presença e aquecendo a roda com gargalhadas e pitadas de empolgação, que logo foram contagiando o grupo e contribuindo para o popular “quebra gelo”.

Em diversos momentos, me emocionei com as falas das mulheres, por me reconhecer em várias situações. Como no meu caso, o sofrimento, a solidão e a sobrecarga chegaram muito antes da informação e do acolhimento, e estar entre mulheres com trajetórias e histórias tão marcantes e ao mesmo tempo carregadas de uma potência capaz de transformar o lugar do sofrimento no lugar da luta me deixou muito emotiva e reflexiva. Logo, o planejamento da mediação e do roteiro temático que serviria como base para fazer as provocações para debate foi deixado um pouco de lado e as mulheres assumiram um lugar de protagonismo na roda - o

²⁹ Detalharemos o processo na discussão dos resultados alcançados.

³⁰ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CdaJUn-n9R0>

que foi muito positivo e, sem dúvidas, enriqueceu muito mais a experiência de diálogo e participação colaborativa de todas as participantes, deixando-as mais confortáveis para de fato se permitir estar em um espaço de troca.

Moura e Lima (2014) dizem que as rodas de conversa são espaços que podem e devem ser reinventados para a pesquisa e dão abertura para muitas possibilidades, já que a pessoa que está na posição de pesquisador/a também participa da atividade. Felizmente, as rodas de mulheres foram reinventadas e se tornaram, de fato, “rodas vivas” movidas por sentimentos de pertença, solidariedade, afeto, identificação e vontade de compartilhar e conhecer outras histórias.

Ao fim do encontro, uma das participantes sugeriu que fizéssemos uma foto coletiva e outras duas soltaram a voz, encerrando a roda ao som da música “*Certas Coisas*” de Lulu Santos. Neste momento, saímos todas com a certeza de que uma roda só seria pouco para tanta prosa e tanta urgência de falar sobre o que nos uniu coletivamente.

Após o primeiro encontro, tive a preocupação de perguntar para cada participante sobre o que ela tinha achado da atividade e se teria alguma sugestão para deixar o segundo encontro ainda melhor. Recebi muitas mensagens afetuosas sobre a atividade e alguns feedbacks sobre a organização do tempo e mediação das rodas e, com base nesses retornos, revi a dinâmica para realizarmos a segunda roda.

No segundo encontro, duas mulheres não puderam estar presentes e duas que não estavam no primeiro aderiram ao movimento coletivo. Embora isso tenha alterado a dinâmica inicial, novamente percebi o fenômeno de “reinvenção da roda” acontecendo na prática. Nesta roda, senti que as mulheres estavam mais abertas para as trocas, com exceção de uma participante que não estava se sentindo muito bem e se despediu mais cedo do encontro.

Antes de iniciar a proposta de interlocução sobre temas sensíveis, fizemos uma dinâmica sugerida por uma das extensionistas do projeto Mulheres Cuidadoras. A ideia era que uma mulher escolhesse a outra e fizesse um elogio. Deste modo, se criaria um espaço mais íntimo e afetivo para fortalecer laços e deixar todas mais confortáveis para entrar na conversação.

A dinâmica deu certo e foi muito bem aceita e tornou o clima da roda mais alegre e convidativo, criando uma atmosfera mais propícia para as participações que renderam boas histórias, provocações, reflexões um tanto sérias e risadas. No fim do segundo encontro, fomos brindadas por música e afetos. Por sugestão de algumas participantes, foi criado um grupo no WhatsApp com o objetivo de continuar as conversas e mobilizar encontros e ações futuras. Embora ainda não tenhamos tido a oportunidade de realizar outras rodas de conversa, o grupo é alimentado com mensagens de afeto, tanto no formato de texto quanto no formato de imagens,

vídeos e figurinhas, além do compartilhamento de eventos e informações sobre saúde mental e cuidado.

3. AFASTA DE NÓS ESSE CALE-SE: AS MULHERES E SEUS CONTEXTOS

Procurando falatório

*Eu já não tenho mais voz
 Porque já falei tudo o que tinha pra falar
 Falo, falo, falo, falo o tempo todo
 E é como se eu não tivesse falado nada
 Eu sinto fome e matam minha fome
 Eu sinto sede e matam a minha sede
 Fico cansada falo que tô cansada
 Matam meu cansaço
 Eu fico com preguiça matam minha preguiça
 Fico com sono
 Quando eu reclamo
 Me transformei com esse falatório todinho
 Num homem feio
 Mas tão feio
 Que não me aguento mais de tanta feiura
 Porque quem vence o belo é o belo
 Quem vence a saúde é a outra saúde
 Quem vence o normal é o outro normal
 Quem vence um cientista é outro cientista*

(STELLA do Patrocínio, 2009, p. 34 e 35)

Quantas narrativas cabem em duas rodas de conversas tecidas e aquecidas por mulheres? Quantas histórias são gestadas, guardadas e compartilhadas por oito mulheres, seja pelas suas vivências, experiências e saberes – que podem ser contados, escritos ou ainda estão silenciados, mas querendo explodir no mundo?

Neste capítulo, nomeado estrategicamente com uma referência à canção de Chico Buarque, vamos, finalmente, apresentar as mulheres que são protagonistas e agentes não só deste projeto, mas de suas vidas e, que, apesar de se localizarem em contextos diversos e experienciarem saúde mental em diferentes perspectivas, compartilham lugares em comum, sendo um deles marcado pela urgência de comunicar, quebrar o silêncio e o anonimato das suas lutas diárias.

Conforme as orientações do Comitê de Ética, explicamos para cada participante que, em uma pesquisa, elas têm o direito à preservação de sua identidade, seja com anonimato ou pseudônimo. Essa escolha foi adotada por algumas participantes, mas de modo geral, as mulheres que participaram da roda fizeram questão de colocar seu nome, afinal elas, foram coprodutoras do conhecimento compartilhado nesta dissertação e, como já tiveram que se

esconder tantas vezes ao longo da vida, viram, neste projeto, a oportunidade de serem lidas e ouvidas.

4.1 Bárbara

“A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida” como já dizia Vinicius de Moares, na música Samba da Benção e, se eu pudesse acrescentar algo a mais na frase, diria que alguns encontros não podem passar despercebidos e chegam até a gente na hora certa.

O encontro com Bárbara – 42, publicitária, cuidadora parental informal da mãe, de 76 anos, e fundadora do Instituto Jacintas, uma organização da sociedade civil cujo propósito é acolher mulheres cuidadoras – foi assim, um verdadeiro presente, como ela mesmo definiu (e assino embaixo), dado por Daniela, coordenadora do Mulheres Cuidadoras para nós duas, que mesmo estando em uma distância física de 3.340,74 km, que separa Natal (RN), sua cidade de Curitiba (PR), lugar onde estou, não nos impediu de compartilhar experiências que nos aproximam tanto pelas histórias e trajetórias de vida quanto pelo que buscamos entender e fazer a partir da comunicação.

A primeira vez que conversei com Bárbara foi pelo WhatsApp, antes do primeiro turno das eleições de 2022. Assim que ela recebeu minha mensagem, prontamente respondeu com um áudio e pude perceber, no seu tom de voz, o acolhimento, o interesse em saber mais do projeto e a vontade genuína de trocar experiências. Logo marcamos uma conversa de vídeo pelo *Google Meet* e nos conhecemos “pessoalmente” pelas telas. Nosso encontro virtual durou, aproximadamente, três horas. Três horas que passaram muito rápido, diante de tanta conversa tanto sobre os meus caminhos profissionais, acadêmicos e pessoais, como os caminhos que a levaram até o lugar de ativismo em saúde mental, além das experiências pessoais e familiares que compartilhamos, já que nós duas somos filhas de mães que vivem em sofrimento psíquico.

Contexto e trajetória de vida

“Foi muita violência posta na nossa terra Brasil. Para nós mulheres que somos o amparo desses homens, do masculino. E vice-versa né, mas vamos ficar sim com o nosso mérito porque somos nós mulheres, que de fato amparamos este contexto das nossas famílias” (**Bárbara em roda de conversa**)

Assim como todas as mulheres que conheci nesta jornada, Bárbara é uma mulher que desempenha múltiplas funções, simultaneamente, e está no limite, com tanta sobrecarga. Sobrecarga a qual ela se deu conta mais intensamente quando a “corda estava no

pescoço”, segundo suas palavras – corda colocada pelo abandono familiar e estatal que ela vivencia diariamente. Bárbara é filha única e sua mãe precisa de apoio não só por ter um quadro severo de depressão e ansiedade crônica, mas também porque necessita cuidados para problemas cardíacos, pulmonares, diabetes, entre outros. Há cinco anos, ela assumiu a frente desses cuidados e passou a estar com a mãe 24h/dia em uma casa emprestada por uma tia para as duas morarem em Natal.

Bárbara não tem apoio de ninguém da família e tudo se tornou mais difícil com o falecimento de sua avó materna, que sempre foi sua fortaleza. Sozinha na luta pelo cuidado com sua mãe e, simultaneamente, responsável pela gestão financeira da casa, ela usou sua voz e abriu um processo junto ao Ministério Público de Natal reivindicando o direito de ter uma cuidadora em sua casa, já que não pode se ausentar dela para trabalhar fora e não tem nenhum tipo de assistência emocional/financeira do Estado para desempenhar as múltiplas funções de cuidado que assumiu e não pode, em circunstância nenhuma, se ausentar já que, o mesmo Estado que vira as costas para esse apoio, pode, ironicamente, responsabilizá-la por abandono.

Em busca de melhores lugares de interlocução e do direito de ser cuidada: uma batalha constante

Incomodada com a naturalização da violência a qual é submetida com toda essa situação e indignada pelo fato de outras mulheres passarem pelo mesmo, Bárbara decidiu agir politicamente, criando o Instituto Jacintas, uma Organização da Sociedade Civil firmada na missão de acolher e prestar apoio gratuito às mulheres cuidadoras parentais/familiares em situação de vulnerabilidade. Os atendimentos consistem na escuta/oferta de apoio psicológico, prestação de serviços jurídicos e serviço social.

“A missão do Jacintas é se construir no meio disso tudo, né? São muitos atravessamentos, principalmente que eu passo nesta descoberta. Meu corpo profissional cresce junto comigo. Para construir uma nova visão, uma nova forma de ouvir. O trabalho mexe com o que vivo e isso gera um enfrentamento... a comunicação vem cheia de ruídos, cheia de violências que estão sendo naturalizadas há muito tempo. Venho entrando com recursos jurídicos, venho formando um grupo assim como esse para entender nossas dores e construir um Projeto de Lei pra gente poder ter um estatuto, também poder ser vista enquanto mulher cuidadora e fazer essa minoria mostrar o quanto é maioria né, porque, nos números do macro somos maioria – mulheres” (**Bárbara em roda de conversa**)

As lutas diárias de Bárbara não só fizeram com que ela buscasse, por meio do ativismo e da mobilização coletiva, ações para melhorar a vida de mulheres que cuidam, como também foram cruciais para que ela conseguisse iniciar um caminho na busca de si mesma. A reivindicação de direitos assegurados por meio de políticas públicas é o carro chefe do Instituto Jacintas, pois segundo Bárbara, é somente por meio dessas políticas que as mulheres que cuidam conseguem solicitar benefícios e recursos que tragam sossego mental e, pelo menos, um dia de descanso nesta árdua tarefa que não é reconhecida, tampouco remunerada.

Estando no lugar de cuidadora, 24h/dia, sete dias por semana, Bárbara não é vista pelo Estado como uma mulher que também precisa de cuidados e vive no limite da exaustão, sem ter direito a férias, sem amparo e sem direito a poder fazer uma pausa para cuidar de si mesma, porque não há quem cuide da sua mãe neste meio tempo. Como não é vista neste lugar, também não é ouvida.

Tendo essa consciência, ela começou a pesquisar grupos, pessoas e coletivos que compartilham informação e iniciativas que a ajudam não só na expansão do Instituto Jacintas, mas também a colocam em um lugar de interlocução que tem mais chances de chegar ao Estado e tentar se fazer ouvir enquanto uma pessoa que está mobilizada na sociedade civil e que tem conhecimentos não só sobre seus direitos, mas também sobre os deveres que deveriam ser garantidos por meio de políticas públicas.

No dia 30 de novembro de 2022, Bárbara foi recebida, enquanto fundadora do Instituto Jacintas, no gabinete da Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social (SETHAS) do Estado do Rio Grande do Norte pela então secretária Íris Maria de Oliveira para falar sobre os direitos de pessoas que cuidam. Após o encontro, ela fez um relato em suas redes sociais para contar a experiência:

“Meu primeiro ato! (Ainda tímida) mas o fiz! Por mim e por muitas! Meu corpo; minha vida; Meus Direitos de Volta! Porque a corda que estão colocando em nossos pescoços JAMAIS será nossa! Hoje tivemos nosso primeiro encontro com a [@rnsethas](#), onde fomos muito bem recebidos pela secretária Íris e sua equipe, e pela primeira vez, “encarados” de frente para uma Escuta que o Brasil e nosso povo Potyguar dos cuidados espera há mais de 500 anos. O lugar do Respeito, Cuidado e Direitos aos cuidadores parentais/familiares informais está sendo violentado, negligenciado e naturalizado, e infelizmente a cada fala sem conhecimento e sem vivência, vem prejudicando e nos colocando a cada segundo em vulnerabilidades e riscos, mentais, estruturais/financeiros. Não vamos parar! É crime! É Naturalização de violências! É falta de Estudo! É falta de olhar e escuta muitas vezes, dentro do próprio lar.

É recorte de gênero! Estamos iniciando a segunda fase de implantação do Instituto Jacintas e suas parcerias, onde apresentamos agora o início do MOVIMENTO NACIONAL DAS MULHERES CUIDADORAS

PARENTAIS. Infelizmente tivemos a negativa deste passo, mas entendemos que a clareza parte também dos impactos, resiliências e muito mais que estudo, sabedoria, reza e união.

Então, que a gira continue a girar, porque não vão nos silenciar! Para que saibam, no RN somos:95.776,10 pessoas cuidando de IDOSOS, imagine uma soma de tudo!?

Sendo violentadas, trabalhando de graça para o Estado e muitas vezes para os familiares, que também se excluem de suas responsabilidades. A cada “não” que ganho, um sim recebo de força e esperar”

(@Bahmelori. 2022. Instagram 30 de novembro de 2022)

O ato é apenas um dos movimentos que estão sendo traçados por Bárbara, por meio do Instituto Jacintas e de outras parcerias. Movimentos que não são fáceis e nem confortáveis de se fazer, mas necessários para continuar existindo e não sucumbir diante de tantas violências e abandonos que geram sofrimento, dor e revolta. Hoje, a busca do autocuidado de Bárbara é atravessada por esse turbilhão de responsabilidades, e, entre um afazer e outro, ela consegue fazer terapia e têm buscado fortalecimento por meio da umbanda.

As minhas conversas com Bárbara ainda não cessaram e, espero, que num futuro próximo nos apresentem um caminho de construção coletiva que ajude, mesmo que um pouquinho, a trazer um pouco de afago e colo para tantas Bárbaras, Brunas, Marias, Joanas e tantas outras mulheres que se desdobram para cuidar e são frequentemente esquecidas e, não, raramente julgadas e taxadas de “egoístas” quando querem apenas exercer o direito de serem cuidadas também.

Enquanto isso, compartilho o ensinamento de Bárbara que, deveria ser um mantra para todas as mulheres que cuidam, são invisibilizadas e silenciadas: “A gente tem que falar. A gente tem que ser instrumento. Tem que ser política pública. Tem que colocar pra fora.

4.2 Eliana

*[...] Se és uma mulher forte
se proteja com palavras e árvores
e invoca a memória de mulheres antigas.
Saberás que és um campo magnético
até onde viajarão uivando os pregos enferrujados
e o óxido mortal de todos os naufrágios.
Ampara, mas te ampara primeiro.
Guarda as distâncias. Te constrói. Te cuida.
Entesoura teu poder. O defenda.
O faça por você. Te peço em nome de todas nós [...]*

(Gioconda Belli, Nicarágua, 1948).

Mãe, mulher preta, periférica e não binária, mulher que cuida, escritora, atriz, cantora, professora universitária, educadora popular, organizadora e mobilizadora de redes. Todas essas características constituem Eliana, uma mulher com um currículo invejável, um coração enorme e que, há 60 anos, deixa sua marca no mundo - por meio dos seus escritos, da sua sensibilidade nos grupos dos quais participa, do seu modo de compartilhar saberes, experiências e abraços físicos ou virtuais (tive a sorte de ser agraciada com seus abraços em forma de conversa de vídeo e áudios trocados no WhatsApp algumas vezes).

Quando troquei a primeira mensagem de texto com Eliana, não consegui ver o seu rosto porque seu perfil estava sem foto. A primeira vez que nos vimos, por vídeo, foi muito interessante neste sentido porque eu de fato pude me sentir mais próxima dela, mesmo em uma conversa mediada por uma tela. Eliana me fez algumas perguntas sobre quem eu era, de onde eu vinha, o que pretendia fazer com essa pesquisa, qual era a metodologia que eu tinha imaginado e se eu pretendia falar sobre as mulheres ou construir com elas. Fiquei bastante tocada pela sua sensibilidade e revelei que, apesar de iniciante na vida acadêmica, eu assumi um posicionamento epistêmico mais inclusivo e expliquei que a escolha pelo tema de pesquisa vai ao encontro às minhas experiências de vida – sendo motivo mais que suficiente para valorizar os saberes de cada participante e apostar numa construção coletiva. Ao fim do nosso bate-papo, senti que ela estava mais confortável, tanto que me disse: *“Eu gostei de te conhecer. Que bom que você considera a experiência um lugar de conhecimento. A escrita é um lugar de presença. Eu penso com meu corpo. Eu penso com minhas vísceras. Penso que se apropriar da subjetividade dos outros não é legal. Quando a pessoa faz isso, eu já sei que boa pessoa não é, mas fico mais tranquila com a condução da sua pesquisa e a liberdade da orientadora”*. Que sorte a minha pelo aceite de Eliana, uma mulher com uma trajetória incrível – a qual terei o prazer de contar um pouco nas próximas linhas.

Mãe, cuidadora e mobilizadora de redes

A trajetória de vida de Eliana Mara na saúde mental começa enquanto mãe de Lucas, diagnosticado com esquizofrenia e ganha tantos caminhos que hoje colocam Eliana num lugar não só de participante de redes de apoio entre mulheres, como também de mobilizadora de novas redes.

Foi esse espírito de mobilização aliado à sua paixão pela arte e pela criatividade que a motivou a criar o projeto “Domingo Criativo”, uma proposta que surgiu vinculada à Associação Mãos de Mães de pessoas com Esquizofrenia (AMME) na qual as 500 mulheres participantes

de dois grupos online eram desafiadas a tirar o domingo para fazerem algo por elas, como, por exemplo: fazer um café da manhã diferente, tirar fotos criativas - e evitar falar sobre dor e sofrimento. Eliana ficou à frente do projeto durante um ano e, com o tempo, viu mulheres se permitindo serem cuidadas e mudando crenças. Foi este trabalho que fez com que Eliana se aproximasse do Mulheres Cuidadoras, a convite da Daniela. Antes de fazer parte do coletivo, ela já havia participado do grupo Familiares Parceiros de Cuidado, projeto que também é vinculado ao NUPPSAM/IPUB da UFRJ.

Hoje, além de estar no Mulheres Cuidadoras, Eliana também trabalha com educação popular, participa de outros grupos on-line relacionados à esquizofrenia, além de estar presente em grupos destinados à discussão de pautas políticas, organização de Conferências Nacionais no âmbito da saúde mental - a Conferência Livre Nacional de Mulher e Saúde Mental Antimanicomial (CLNSMA) é um exemplo e não tem dúvidas sobre a importância das redes de apoio, tanto no compartilhamento de informações e educação de direitos, quanto no suporte emocional para seguir nesta caminhada.

A mulher que cuida e que, finalmente, está aprendendo a se cuidar

Por trás da mulher forte, mãe que não mede esforços para cuidar da sua cria e mobilizadora ativa de redes de apoio entre mulheres, existe uma Eliana que passou por muitas experiências difíceis, renúncias de si mesma e inúmeras adaptações.

Natural de São Paulo e moradora do Rio de Janeiro desde 2017, Eliana também viveu em outras cidades como Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, Sergipe e Bahia. Porto Alegre foi sua última morada antes do Rio - foi nessa cidade em que ela organizou toda sua vida nos últimos anos e acabou tendo que largar tudo para cuidar do seu filho Lucas e de seu neto, já que a filha estava em crise após o divórcio. Mesmo com essa guinada na vida, ela pensa na mãe que mora em São Paulo e precisa de cuidados que, só foram assumidos do modo correto, pelas suas irmãs que vivem na mesma cidade, após Eliana ter aprendido, por meio dos grupos de ajuda, que poderia intervir na situação, mostrando as irmãs sobre a importância de compartilhar responsabilidades. Nas palavras de Eliana, o acesso e o compartilhamento de saberes adquiridos por meio dos grupos salvam vidas.

A preocupação de Eliana com os cuidados e a garantia do bem-estar de sua família, mesmo que isso custe sua saúde, é evidente em sua trajetória e mexe muito com suas emoções. Tanto que, na primeira roda de conversa em que ela esteve presente com outras mulheres, Eliana ficou muito emocionada com o vídeo-declamação do poema de *Conselhos Para Uma Mulher*

Forte, de Gioconda Belli, tanto que o fim do poema foi a deixa para que ela se sentisse à vontade para entrar na roda e se apresentar.

Antes de falar sobre quem ela era e sobre os porquês que a levaram a aceitar o convite para participar das rodas de conversa, Eliana pegou uma boneca Abayomi que ganhou de presente e disse, entre lágrimas, que gostaria de apresentar a menina Eliana, a menina que ela foi e que ninguém cuidou como deveria. A menina periférica, filha de empregada doméstica, criada por uma avó sistemática que não a aceitava e não penteava seus cabelos. A menina que, ao contrário de uma das irmãs, branca com cabelos loiros, não era tratada como uma princesa e que aprendeu a se virar sozinha, quando tudo o que precisava era apoio. Essa mesma menina que hoje é uma doutora em Letras diplomada por uma universidade federal foi a criança que se alfabetizou sozinha e escondida pelos cantos. A criança que ganhou livros, um dicionário e uma máquina de escrever de uma pessoa que ofereceu o mínimo: atenção - e, infelizmente, não de forma genuína.

Na tentativa de olhar para essa menina que hoje é uma mulher feita, mas carrega tantas marcas emocionais, Eliana faz terapia, conta com o apoio do filho Lucas que também é terapeuta holístico, escreve, faz parte de grupos de apoio e tem alguns planos em mente: voltar a fazer teatro e dançar! Especialmente em relação aos grupos de ajuda e a necessidade de buscar autocuidado, ela destacou:

“Os grupos de autoajuda e grupos de ajuda me salvaram. E estão me salvando, na medida que estou aprendendo, Bruna, como esse poema [da Gioconda diz] a me cuidar. A cuidar da minha criança lá dentro que tá ferida. Eu sou filha de Omolu, de Yansã e de Yemanjá. E eu não gostava de ser filha de um orixá ferido, mas as feridas dele, Yansã transforma em pipocas. E dentro dos orixás, ele é aquele que tem feridas, mas é aquele que cuida” (**Eliana em roda de conversa**)

Com este depoimento tão impactante, foi impossível segurar a emoção. Particularmente, senti meus olhos encherem d'água. Notei que a coragem e a força de Eliana para se colocar em uma roda de mulheres de forma tão nua e crua foi fundamental para que outras mulheres se colocassem em roda também.

Ainda há muitas coisas que poderiam ser ditas sobre Eliana neste mini perfil, mas há uma frase dita por ela, durante a segunda roda de conversa, que foi muito marcante para pensarmos sobre o lugar das redes de apoio entre mulheres e a comunicação. Na visão dela, a “comunicação se relaciona ao nosso fortalecimento enquanto mulheres, nosso fortalecimento enquanto sujeito”. Ou seja, se colocar em roda, comunicar, compartilhar experiências e fazer conexões é vital para as redes e rodas entre as mulheres!

4.3 Leide

"Ai cirandê, ai cirandá, nessa roda também quero entrar/... tu me ensinas que eu te ensino/o caminho no caminho/com tuas pernas minhas pernas andam mais".

Johnson Soares

Dona de uma risada inconfundível, uma voz que abraça e dá vida às canções que evocam memórias afetivas e de uma presença que “chega, chegando” e se faz presente, Helisleide Bonfim dos Santos é uma mulher que tem uma história digna de um livro *best seller* - o qual já em andamento, inclusive!

Chamada carinhosamente de Leide pelos mais íntimos, é também conhecida por “Xuxu Beleza” - seu nome artístico. Independentemente do nome, Leide é uma daquelas pessoas que, por onde passam, deixam sua marca. Comigo foi assim. Conheci Leide antes de convidá-la oficialmente para as rodas de conversa deste projeto. Meu contato com ela se deu por meio das redes sociais, em fevereiro de 2022, quando descobri o perfil do Instagram da Associação Papo de Mulher — um coletivo feminista localizado na Bahia, construído por mulheres em sofrimento mental, apoiadoras da luta antimanicomial e mulheres que são bastante ativas no cenário político e nas lutas pela garantia de direitos, por uma saúde mental de qualidade e, claro, “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

No mês de julho, tive a oportunidade de viajar para São Paulo e participei de algumas atividades, na condição de ouvinte, realizadas no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental (ABRASME). Foi neste evento que, pela primeira vez, me encontrei com Leide fora das telas. Foi um momento muito especial e, na ocasião, fui apresentada com a chance de assistir sua participação em um debate promovido durante o minicurso “*Novos direitos e protagonismos de usuárias/os e os familiares no campo da saúde mental*”, organizado pelo professor Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos. De lá para cá, me aproximei mais de Leide e, para minha alegria, continuo sendo agraciada com sua presença, amizade, carisma, sabedoria e inúmeras trocas de experiências que se deram tanto na sua participação durante as duas rodas de conversa do “Mulheres em Rede” como em outros espaços, os quais, comecei a conhecer devido ao meu interesse pela saúde mental antimanicomial.

É muito difícil traduzir em palavras todos os ensinamentos que aprendi com a Leide, mas tentarei fazer isso nas próximas linhas. De antemão, fica uma dica amiga: quando o livro dela for publicado, não deixem de ler. Tenho certeza de que cada página valerá muito a pena!

Contextos e trajetórias

Técnica de enfermagem, militante da Luta Antimanicomial desde 2009, coordenadora da Associação Papo de Mulher, Ex-presidente da Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares de Saúde Mental (AMEA), participante da Comunidade de Fala e da Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA), atriz do grupo Os Insênicos Teatro, atriz do Holocausto Brasileiro e vencedora do Prêmio Braskem de Teatro 2019. Esses são apenas alguns lugares de fala e interlocução vividos por Leide Bonfim - conhecida na região nordeste e no Brasil afora como uma líder de familiares e pessoas que vivem em sofrimento psíquico. O currículo é extenso e as experiências e trajetórias de vida de Leide são ainda mais. Hoje, ela é convidada para participar de eventos, mesas e congressos e pode falar, mas não foi sempre assim, já que as portas não se abriram naturalmente para que ela colocasse a sua voz e sim foram abertas pela sua coragem de se posicionar, de fazer ouvir e colocar na roda o que precisa ser dito.

Baiana, vivendo em Salvador, cidade conhecida como “o coração do Brasil”, Leide não define Salvador como sua única casa, já que, suas andanças e vivências pelo Brasil afora, palestrando, participando de movimentos e fazendo conexões a tornaram uma nômade, como ela contou, de forma muito divertida em uma das rodas de conversa: *“Quem tem casa é caracol. Eu não gosto desse negócio de ter casa. Gosto de estar no mundo, viajando... e minhas malas estão sempre prontas”*.

Esse espírito viajante, carregado de “mania de liberdade” (Magaldi, 2020) é muito simbólico na vida de Leide, que, há 26 anos, adoeceu por conta de uma depressão pós-parto e outros sofrimentos. Antes de conhecer o cuidado em liberdade, Leide passou por sete internamentos no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, nos quais sofreu com privação da liberdade, violências psicológicas e vivências que trouxeram muito sofrimento e traumas difíceis de esquecer.

Hoje, Leide faz acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adilson Sampaio, na Bahia, mas também é uma mulher cuidadora. Ou melhor, que nunca parou de cuidar, já que desde os tempos de técnica de enfermagem tinha uma rotina agitada, na qual chegou a ter três empregos simultaneamente. Atualmente, ela cuida do seu marido e dá suporte para muitas mulheres que buscam orientação, ajuda, uma palavra amiga e acolhimento tanto na Associação Papo de Mulher, na qual ela é coordenadora, quanto nas outras redes que ela faz parte.

Leide e a autoafirmação enquanto “mulher louca”

Criada e parida nos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica, como ela mesmo diz, Leide é uma mulher que, hoje, passados 26 anos da sua primeira crise de saúde mental, não tem medo de se autoafirmar enquanto uma mulher “louca”. Em suas palavras, é somente:

“Quando a gente se autoafirmar nesse lugar de mulher louca, de mulher preta, de mulher maconheira e por aí vai, que a gente vai conseguir se aquilombar e fazer com essa sociedade preconceituosa, estigmatizante, homofóbica e genocida. Não chamem o Bolsonaro de louco, pois ele é um sacripanta”
(Leide em roda de conversa)

Outra bandeira levantada por Leide é a afirmação de sua identidade como uma mulher de direitos - uma conquista é fruto de batalhas diárias em uma sociedade que insiste em colocar as pessoas em sofrimento mental à margem.

“Vivi num processo metamorfósico até virar sujeita de direitos. E hoje, sou educadora social, professora sim, de loucura. Porque vim do sofrimento para luta!!! Eu sou professora sim de vários mestrados e doutorandos do Brasil inteiro e é esse lugar assim que a gente tem que ocupar. Chega de dizer não pra gente. Chega de prender a gente nos manicômios. Eu não sou ex-louca. Eu sou louca e a loucura é uma patologia como qualquer doença e o meu equilíbrio é autocuidado. Chega de dizer não pra gente. Chega de prender a gente nos manicômios.” **(Leide em roda de conversa)**

O autocuidado na vida de Leide

Orgulhosamente, Leide afirma que o autocuidado é uma das suas bandeiras de luta dentro do movimento antimanicomial e na sua rotina. Além de fazer terapia todas às sextas-feiras, ela tem uma agenda com horários fixos para todas as suas atividades - alimentação, sono, hidratação de cabelo, horário de cuidar das unhas e agendas de trabalho na militância, nos grupos que está inserida e no trabalho com Os Insênicos.

Ela também faz questão de reservar um tempo para cuidar da sua espiritualidade, pois, como uma boa candomblecista, acredita que o equilíbrio espiritual também é uma forma de cuidar da saúde mental.

A combinação de sua inserção no teatro, na espiritualidade e na terapia é o que a mantém estável e firme para enfrentar as batalhas da vida e, além disso, ela faz “dieta familiar” e fica somente perto de pessoas que agregam na sua vida, já que é o autocuidado que a deixa bem.

Xuxu Beleza: a atriz e seu lugar de interlocução

Desde a infância, Leide se considera uma pessoa muito extrovertida, mas só conseguiu assumir esse lado de verdade quando o teatro entrou na sua vida, em meados de 2010. Em uma entrevista concedida ao documentário *“Memórias Insênicas”*, Leide contou, emocionada, que *“10 anos de Insênicos significa 10 anos fora do manicômio”*.

Sua fala é tão impactante como sua trajetória. A arte entrou na sua vida de uma forma tão especial que se tornou um dos seus principais lugares de cuidado. No teatro, ela encontrou um espaço para soltar a sua voz e se fazer ouvir por meio de seus personagens - Xuxu Beleza, a mulher desorganizada e tantas outras. Tanto que ela conta que foi por meio dessa experiência que ela passou a refletir sobre o lugar da comunicação em sua trajetória!

“Eu comecei a entender e pensar a comunicação na minha vida a partir do momento que me tornei atriz. [...] Sempre fui muito mobilizadora. Eu sou técnica de enfermagem aposentada, mas quando eu estava na ativa, conseguia mobilizar articulação no hospital inteiro. Sempre gostei de fazer todas as pessoas ficarem juntas. Sempre fui essa pessoa que juntei as pessoas. Os meus amigos ficam amigos dos meus amigos. Então pra mim, isso é comunicação”.

(Leide em roda de conversa)

Em 2019, Leide foi a Vencedora na Categoria de atriz Revelação do Prêmio Braskem de Teatro, um reconhecimento importante do seu trabalho como atriz no espetáculo *Holocausto Brasileiro*. A conquista, segundo ela, é muito importante não só para sua carreira como para o movimento da Reforma Psiquiátrica, já que o teatro é um dos dispositivos mais importantes de cuidado em saúde mental na sua experiência e de tantos colegas. Ao conquistar o prêmio, Leide disse que foi a primeira “louca” a ocupar esse lugar e isso, diz muito sobre o teatro como contexto fundamental para sua reinserção na cena social e discursiva!

Leide e as redes de apoio

Quando Leide teve direito ao cuidado em liberdade, foi na época em que ela conheceu pessoas que já estavam mobilizadas no Movimento da Luta Antimanicomial e a ajudaram, já que sua família não tinha conhecimento sobre outras formas de tratamento além da institucionalização psiquiátrica.

Aos poucos, ela foi construindo um caminho enquanto ativista dos direitos humanos e hoje, toda sua vivência profissional e pessoal é o combustível que a move para ser rede de apoio de tantas pessoas que enfrentam o estigma, o sofrimento, o abandono, a falta de apoio.

Leide se define como uma verdadeira articuladora de redes e a comunicação é central no seu trabalho. Tanto que ela contou que consegue se articular, mesmo estando em Salvador,

com os companheiros do Brasil inteiro para encaminhar processos, usando o WhatsApp. Ela se vê tanto como articuladora que até brinca: *“Se eu fosse de uma quadrilha de ladrões, eu seria a mulher que faz o mapa da articulação. Eu sou bem articulada [risos]”*.

Nos projetos em que está inserida, Leide gosta muito de estar nas áreas de comunicação e mobilização, tanto que ocupa esse lugar no Conselho Nacional de Saúde e é uma das organizadoras da Conferência Nacional de Saúde Mental que acontece todos os anos. Inclusive, durante as rodas de conversa, Leide convidou as mulheres para aderirem a esses movimentos e buscarem informações sobre os conselhos de direitos.

Liderança é o sobrenome de Leide. Uma mulher, que como disse no início deste texto, tem uma história digna de livro e que, mesmo com todos os desafios, estigmas e silenciamentos, sabe muito bem o lugar que merece ocupar e não só vai à luta por isso, como leva os seus.

4.4 Vanessa

*“Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina
Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar”*

Francisco El Hombre

“A dor vai te guiando e, se tiver um espaço, ou uma rede de apoio, pode se transformar em muita potência”. Essa frase foi dita por Vanessa, 32, em nosso primeiro encontro há pouco mais de três meses e até hoje está gravada na minha memória.

Vanessa é uma das mulheres mais jovens que conheci nessa jornada, mas que compartilhou comigo tantas vivências e experiências que me trouxeram inquietações para uma vida inteira, sobre como a atribuição do cuidado ao gênero feminino, os contextos familiares e de vida são determinantes para certas vivências. Assim como eu, Vanessa é a principal rede de apoio de sua mãe, que entre idas e vindas no CAPS, não aceita muito o tratamento. Além disso, Vanessa é mãe solo e principal responsável pelo seu filho, que já precisou de acompanhamento em uma unidade de CAPSi Infantil.

O adoecimento psíquico acompanha a história da família há gerações. Sua avó também teve um histórico de sofrimento mental, antes da Reforma Psiquiátrica e, infelizmente, faleceu sem a possibilidade de exercer o direito de acesso a um serviço público e de portas abertas.

Esse contexto fez com que Vanessa se aproximasse muito da saúde mental e a motivou a estudar psicologia. Na época das rodas de conversação, ela compartilhou estar há nove anos tentando concluir sua graduação, diante de tantas responsabilidades, dificuldades econômicas e impossibilidade de trancar a faculdade, pois, enquanto bolsista, ela perderia a bolsa, portanto, a chance de custear os seus estudos.

Um tempo após as rodas de conversa, Vanessa me contou que finalmente conseguiu concluir sua graduação - uma conquista e tanto, afinal ela é uma mulher periférica e a primeira da família a ter diploma de ensino superior, para a alegria da saúde mental, certamente terá uma profissional muito sensível e capacitada.

Quem cuida de quem cuida, afinal?

O bordão “quem cuida de quem cuida?” viralizou em meio à pandemia, tanto no ambiente acadêmico quanto nas redes sociais. A pergunta é provocativa e a resposta dá abertura para muitos caminhos. No caso de Vanessa, não houve ninguém que a amparasse, a cuidasse e oferecesse o colo para ela descansar e se permitir ser cuidada, pois ela sempre foi a que cuida e a que não podia parar porque não há quem cuide dos seus.

Com a chegada da pandemia, a sobrecarga pesou ainda mais forte na vida de Vanessa que, pela primeira vez, se deu conta de sua solidão e começou, nas suas próprias palavras, se *“sentir em um processo de perda da razão, como se pudesse enlouquecer”*. A imposição do isolamento e a distância da rotina habitual a fez se questionar muito sobre esse processo *“uma coisa é você se ver sozinha e em movimento, na rotina. Outra coisa é se dar conta disso em meio a uma pandemia”*.

Esses questionamentos e inquietações começaram a ganhar vida por meio das palavras e Vanessa começou a escrever para não sucumbir e colocar para fora seus silêncios, seus gritos abafados e sua voz que nem sempre foi ouvida, tampouco acolhida.

Antes de se conectar ao Coletivo Mulheres Cuidadoras, que hoje é sua principal rede de apoio e um espaço na qual se tornou voluntária e extensionista, ela teve contato com o Manual de Ajuda e Suporte Mútuo em Saúde Mental, escrito pelo professor Eduardo Mourão e contou *“Quando comecei a ler e descobri a possibilidade de um espaço de troca no qual a experiência do sofrimento é curativa, eu me apaixonei”*.

Depois de um tempo, Vanessa conseguiu trabalhar como monitora de uma atividade organizada por Eduardo Mourão, em um congresso da ABRASME durante a pandemia e foi esse professor que indicou o contato de Judete Ferrari, psicóloga e militante da Saúde Mental no Rio Grande do Sul que, por sua vez, indicou o Mulheres Cuidadoras, do Rio de Janeiro. Os mais de 1300 km de distância que separam Criciúma do Rio não impediram que Vanessa se sentisse acolhida desde o primeiro contato com o grupo que iniciou suas atividades on-line, durante a pandemia e hoje mantém encontros híbridos. Vanessa, conta que teve dificuldade para encontrar um grupo de suporte mútuo no Sul e que a descoberta de um coletivo de mulheres a fez despertar para um mundo novo, saindo da solidão que sentia para um lugar em que, finalmente, teve sua história acolhida.

“Me aproximei e a distância um lar encontrei, a tecnologia abraçou as mulheres, na maior desolação, um grupo de extensão da Universidade, abre a possibilidade que nos conectou, uma sala virtual, espaço de fala circular. Mulheres que cuidam, as abraçadeiras, as escutadeiras, as parceiras, as que lutam pela inclusão, seja de onde estiver, a hora que quiser e se puder, abre a câmera sem pressa, seu microfone consegue abrir? “Vamos juntas e apenas juntas” diz Clara, “nenhuma de nós será silenciada”, costura Daniela, invadimos lares e resgatamos dignidade, saímos da invisibilidade”
(FELISBINO, Vanessa - Mulher Mãe Solo: da Solidão a Emancipação)³¹

Foi após o contato com os grupos, que Vanessa também conseguiu entender que muitas mulheres da sua família, em situação de sofrimento, passaram por isso sem nenhum direcionamento e apoio mais específico. Os grupos também a instigaram a procurar e saber mais sobre a história das mulheres da sua família e ela acabou descobrindo que existe uma mulher família que ninguém sequer sabia o nome - o que é muito impactante e intenso quando ela sabe que sua ancestralidade vem daí.

Silenciamentos e novos lugares de fala

Os silenciamentos pelos quais Vanessa passou foram muitos até que ela conseguisse ser acolhida pela primeira vez e falar sobre suas dores e inquietações. Em uma das rodas de conversa, ela chamou a atenção para o fato que, sendo psicóloga sempre ouviu que não poderia adoecer, mas que a experiência com os grupos de suporte mútuo e a possibilidade de colocar para fora os silêncios, por meio da escrita, da fala e das expressões comunicativas, mudaram sua perspectiva sobre sofrimento e saúde mental.

³¹ Texto aprovado para publicação em Chamada Temática Especial: “Palavras e Olhares de uma Pandemia”, parceria entre o Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva - PPGCOL da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, EdiUNESC e Editora da Rede Unida. Edital N° 413/2022.

“Enquanto psicóloga, a gente não pode ter transtorno, não pode adoecer. Quando eu entendo que o transtorno não é necessariamente um transtorno, mas sim uma condição humana de sofrimento, essa mudança de comunicar o sofrimento muda a perspectiva e acho que isso abre muito os olhares e as pessoas começaram a entender, nesta perspectiva, que de fato existe sofrimento... e que é preciso descolar essa questão de rótulo de uma pessoa pelo CID - Não é descartar tudo”. (**Vanessa em roda de conversa**)

Foi por meio das rodas entre mulheres, compartilhando saberes, ouvindo experiências e se permitindo falar sobre si mesma, que Vanessa entendeu o seu lugar como mulher, pois antes, sozinha e sem falar, ela só se via como a responsável por cuidar de tudo e todos.

“Depois disso (de pensar na comunicação) eu comecei a entender o meu lugar. Antes, eu era a mãe, depois a mãe que cuida, depois a mulher cuidadora. A via da comunicação é muito potente para pensarmos em outros olhares e desconstruir um olhar tão normativo sobre a perspectiva do adoecimento”. (**Vanessa em roda de conversa**)

Essa mudança de lugar de interlocução e descoberta de que é uma mulher que também tem o direito de ser cuidada, foi tão potente na história de Vanessa, que hoje, ela também é uma multiplicadora de redes de apoio e, embora ainda não tenha fundado um grupo de suporte mútuo em sua cidade, essa vontade está entre seus planos futuros!

4.5 Laila

*Meu tempo é outro
 Não conto os ponteiros
 Sou sacerdotisa de mim mesma
 Quero viajar para o centro
 Sigo o tilintar da alma
 E às pegadas que o numinoso
 deixa
 Minhas horas são a vida toda
 E nunca é tarde ou cedo
 Tudo apenas é.
 Toda vez que tento seguir o
 tempo do outro
 Me atraso toda
 Perco a hora
 É uma bagunça danada
 Não quero correr
 Quero andar com os lobos.*

Laila Ferreira

O poema acima é obra de Laila, jornalista por formação, redatora atuante na área de marketing, escritora, poetisa, pós-graduanda de Psicologia Analítica e, nas horas vagas,

taróloga. Laila é uma mulher de várias facetas que teve o prazer de conhecer por indicação de uma amiga em comum. Assim como as outras mulheres apresentadas neste trabalho, Laila tem uma história muito forte com saúde mental, mas antes de ser convidada para fazer parte das rodas de conversa do Mulheres em Rede nunca havia participado de uma roda coletiva, feita por mulheres que aceitaram estar juntas para trocar experiências.

Carioca da Gema, Laila nasceu em São João do Meriti, na Baixada Fluminense/RJ e vive no Rio até hoje, com seus então 31 anos. Quando a convidei para participar do projeto, senti que ela ficou empolgada com essa possibilidade. Enquanto comunicadora e criadora de conteúdo nata, Laila costuma usar suas redes sociais para divulgar suas artes, seus poemas, seus conhecimentos em psicanálise e já trouxe o tema saúde mental em algumas postagens, de modo muito sensível e tocante e, no decorrer das rodas, falou um pouco da sua caminhada e pode conhecer mulheres que compartilham interesses em comum.

Contextos e trajetórias de Laila na saúde mental

Apesar de não se identificar como uma cuidadora e se entender como uma ex-usuária dos serviços de saúde mental, a trajetória de Laila com a saúde mental começou entrelaçada com a história de sua mãe que foi diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) - hoje não há mais certeza sobre o diagnóstico - e, de alguma forma já foi cuidada por ela, entre altos e baixos, idas e vindas no tratamento. *“Ela era minha filha, digamos assim”*. Atualmente, sua mãe está estável e vive normalmente. O apoio de Laila se dá mais pelas visitas, por conversas e pelo contato que as duas mantêm.

Neste processo, Laila se viu adoecida e passou anos sofrendo com depressão e ansiedade. Foi atendida por vários psiquiatras, até que, há 3 anos, encontrou uma profissional que, além de psiquiatra, também é psicanalista e, desde então, sentiu as coisas melhorando tanto que teve alta da psiquiatria em 2022 e, atualmente, faz apenas terapia.

Laila contou que antes de buscar ajuda para lidar com essas questões, nunca se sentiu totalmente cuidada e desde a infância sempre foi muito independente e sozinha. Hoje, ela não se vê mais neste lugar de total solidão, pois encontrou um namorado com o qual mantém uma relação saudável — o que é uma nova experiência, para quem viveu muitas relações abusivas. Contudo, ela lida com uma ausência permanente: viver longe dos seus dois filhos que moram com o pai e que não desejam morar com ela no momento. A maternidade é um tema sensível para ela. Nas suas próprias palavras, *“é um lugar de falta muito grande”*, que deixa o sentimento de uma ferida em aberto, já que ela se sente como se tivesse sido abandonada pela própria família.

*Gira sozinha de um canto pro outro
 não reclama do silêncio
 mas vislumbra uma cozinha cheia
 uma risadinha aqui, uma tv ligada no
 quarto ali
 uma casa viva
 era só isso que ela queria.*

*Ela não tem medo de ficar só
 aproveita bem seus dias e precisa
 deles
 mas queria segurar na mão do
 menino até ele dormir
 Queria ouvir a adolescente reclamar
 do horário de chegar em casa*

*Chora as madrugadas no travesseiro
 sonha que está sendo mãe
 revira o passado com seu bebê no
 colo
 era tão solitária quanto agora
 uma mãe está sempre sozinha
 De uma forma ou de outra
 Quando tem seus filhos correndo pela
 casa
 ou quando eles nunca vêm.*

Laila Ferreira

Laila já buscou grupos de apoio específicos para mães que não vivem com seus filhos, mas ainda não encontrou nenhuma rede de apoio que atenda essa demanda. Enquanto isso, ela busca fortalecimento na terapia, na dança, no contato com as artes e, recentemente, sentiu a necessidade de buscar cuidado para o lado espiritual, dando seus primeiros passos na umbanda.

Comunicadora/escritora em ação

“Escrever é realmente uma forma de pensar - e não apenas sobre sentimentos, mas também sobre coisas que são díspares, não resolvidas, misteriosas, problemáticas, ou apenas doces”.

Toni Morrison

Para muitas pessoas, escrever é uma forma de dar vazão aos sentimentos e organizar os pensamentos. Na saúde mental, há muitos especialistas que dizem, inclusive, que escrever tem um efeito terapêutico. E é exatamente assim que Laila enxerga a escrita na sua vida: a forma de se comunicar e estar no mundo:

“A comunicação sempre fez parte da minha vida e veio pra mim através da escrita. Desde criança, comecei a escrever e sou formada em jornalismo por isso... a comunicação esteve presente na minha vida. Eu escrevia sobre minha vida, sobre meu dia, escrevia poesias... A importância da comunicação, na

minha vida, veio muito para entender meus sentimentos, e me compreender. Isso é muito importante para mim, é como uma terapia que faço”. (**Laila em roda de conversa**)

As redes sociais são um dos lugares nos quais Laila exerce seu direito à voz e, conseqüentemente, seus textos ficam expostos na vitrine virtual, o que é muito interessante quando a mensagem encontra alguém que também sente o desejo de falar sobre determinado assunto e se identifica.

“Algumas vezes já escrevi textos que mulheres se identificaram e acho muito incrível porque escrevo pra me ajudar e vejo que pode ajudar outras pessoas, então eu sinto potência, então a comunicação é meu lugar - não tão falado, mas escrito - e eu fico muito feliz com isso”. (**Laila em roda de conversa**)

Além da escrita e dos mil e um trabalhos que está envolvida, Laila tem um grande sonho em mente: ser arte terapeuta e poder criar um espaço de cuidado e convivência entre mulheres que precisam buscar um lugar para cuidar de si mesmas.

4.6 Iolanda

“*A gente é que sabe a quantidade de quimeras que a gente mata por dia*”, disse Iolanda, mulher, mãe e cuidadora de uma criança com autismo, acompanhada em uma unidade do CAPsi, no Rio de Janeiro. Essas palavras foram como um abraço virtual em todas as mulheres que estavam presentes em uma das rodas de conversa realizadas em novembro.

Segundo o dicionário *Michaelis*, a quimera é um monstro da mitologia grega com cabeça de leão, corpo de cabra e cauda de dragão. A metáfora casa bem com o contexto de vida de uma mulher que cuida, afinal, diariamente, essas mulheres precisam “matar um leão por dia” para dar conta da tarefa árdua, romantizada e ainda assim, invisibilizada: o cuidado.

Após se apresentar e contar um pouco da sua rotina, Iolanda ficou na escuta das mulheres da roda enquanto cuidava dos afazeres domésticos e costurando, ao mesmo tempo - o que é uma cena comum em eventos remotos, já que as tarefas domésticas não são pausadas para que as mulheres consigam tirar momentos inteiramente dedicados a uma coisa só. A vida de Iolanda é assim: uma correria só, tanto que desde os nossos primeiros contatos, por áudio no WhatsApp e ligação, ela estava correndo para dar conta de tantos compromissos.

Ainda assim, ela se considera privilegiada porque seu companheiro e pai do seu filho é presente e dá suporte quando ela precisa fazer uma consulta ou exame e não pode levar a criança, por exemplo. Mas, de modo geral, as quimeras que Iolanda mata no peito por dia não são poucas, como ela mesmo alertou, pois além de viver para sua família, ela percebe o quanto

à atribuição da responsabilidade pelo cuidado, a cobrança do cuidar bem e o julgamento recai sobre o feminino.

“A gente cuida porque a gente gosta. A mulher tem a coisa de abraçar, mas a cobrança também cai pra gente. Tem que cuidar e ainda que não dê muito certo, mesmo com todo nosso esforço, a culpa é sempre nossa. A culpa do mal-estar é sempre nossa. Agora, suporte que é bom mesmo, não tem”.
(Iolanda em roda de conversa)

Redes de apoio e movimentos

Iolanda aceitou o convite para a roda de conversa por indicação de Clara, sua amiga e companheira de grupos e redes de apoio em saúde mental. Foi através de Clara que ela também conheceu o Coletivo Mulheres Cuidadoras, que faz parte atualmente e, além disso, participa de um coletivo de usuários de saúde mental e trabalha no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência do Rio de Janeiro (COMDEF-RIO) em prol de pessoas com deficiência.

Para Iolanda, ter espaços de escuta qualificada é muito importante. Ao contrário do suporte de amigos e familiares, ela defende que as redes tecidas por mulheres que enfrentam desafios semelhantes dão mais abertura para uma troca de experiências real:

“Às vezes, a gente até tem com quem conversar - uma amiga, uma parente, um parente, mas não é uma escuta qualificada. É uma escuta de uma pessoa que não vive isso que a gente tá vivendo né. E aí escuto: ‘nossa, ele tá bem’. ‘Ah, ele vai crescer’, ‘isso é coisa da idade, daqui a pouco você não vai ter problema com ele’. A pessoa ouve, tem até empatia, mas não tem a vivência daquilo que a gente tá vivendo, de ter uma mãe, uma filha, uma irmã, um irmão, um pai ou primo, em qualquer idade que seja, que está numa condição de sofrimento mental ou condição neurodivergente e a pessoa não tem essa vivência”. **(Iolanda em roda de conversa)**

Outra coisa que Iolanda costuma fazer para lidar com os desafios da sua rotina é participar de congressos e eventos ligados às causas das pessoas com deficiência. Em nossa primeira troca de mensagens, Iolanda estava indo para um congresso, inclusive e reiterou o quanto é importante participar dessas ações e “marcar posição”, já que a saúde mental é um tema que ainda não tem o espaço merecido no debate público e deficiências ligadas à saúde mental sequer são consideradas deficiência. Para conseguir exercer sua voz e “marcar posição”, Iolanda aproveita os espaços e movimentos dos quais participa para mapear oportunidades e passou a fazer cursos e estudar sobre temas ligados à saúde mental e aos direitos que envolvem pessoas em sofrimento e familiares.

É neste movimento de busca por redes e construção de novas redes e amizades, que Iolanda se fortalece e vai reunindo munções para continuar lutando contra as quimeras e batalhas diárias.

4.7 Helena³²

Dona de uma simpatia e força admirável, Helena é uma mulher que adora compartilhar saberes, informações que possam ajudar as pessoas e tem facilidade para fazer amizade. Ao saber que eu estava desenvolvendo um projeto sobre redes de apoio entre mulheres com experiências em saúde mental, Helena entrou em contato comigo, se apresentando como uma das participantes do Coletivo Mulheres Cuidadoras, o qual ela descobriu em meio à pandemia e foi, em suas próprias palavras, “*um verdadeiro achado*”.

Além de ser a principal cuidadora e rede de apoio de sua irmã, Helena está sempre envolvida em algum curso, faz artesanatos, gosta de organizar festas, bazares e ações solidárias. Todas essas atividades são um afago em sua vida - ainda mais desde que se aposentou, há 5 anos, de um posto de trabalho que ela definiu como seu “refúgio” durante 42 anos - tempo que permaneceu na mesma empresa.

Contextos e trajetórias de cuidado

O sofrimento psíquico é algo que está presente na genética da família de Helena, que é um elo entre seus familiares. Além de ter assumido os cuidados pela mãe durante muitos anos, Helena também se tornou a principal rede de apoio da irmã que há 22 anos começou a apresentar diversos sintomas psiquiátricos após voltar de uma viagem, teve muitas crises, mas durante muito tempo não aceitava o tratamento e, mesmo quando começou a frequentar o médico, não aderir à proposta, portanto, vivia uma vida de altos e baixos. O diagnóstico só veio em 2013: esquizofrenia, mas foi somente quando Helena se aposentou, em 2018, que sua irmã teve uma melhora significativa e, felizmente hoje, não só aceita o tratamento como também conquistou autonomia para ir às consultas e viver a vida.

Neste processo, Helena também adoeceu e vivenciou problemas com ansiedade/depressão, buscando terapia para conseguir uma direção, já que nunca teve tempo para cuidar dela mesma. Quando não estava atarefada com os serviços domésticos, com o trabalho, com os cuidados com o filho - sendo mãe solo e chefe de família, estava apoiando seus familiares. Ou seja: não havia espaço em sua agenda para o autocuidado, porque sempre

³² Helena é um pseudônimo.

alguém estava precisando de ajuda. *“Muitas vezes eu não queria cuidar da minha irmã, mas eu ia. Engolia o choro e pensava - eu não tô bem, mas ela precisa muito mais de mim e acho que isso foi muito bom porque fui escolhida para isso”*. Essas jornadas múltiplas de trabalho sempre foram muito solitárias para Helena, porque, de todas as pessoas da sua família, somente ela se colocava na posição de cuidar - ou melhor, a colocavam.

Redes de apoio: novos tempos, novas perspectivas

Como silenciou, por tanto tempo, seus sofrimentos e sentimentos, Helena criou um bloqueio - uma espécie de proteção - em relação ao falar sobre suas experiências em saúde mental. Até hoje, ela sente dificuldade em colocar para fora, ainda mais porque toda sua trajetória envolve pessoas que ela ama muito, portanto, não se trata sobre falar somente dela.

Ao conhecer o Coletivo Mulheres Cuidadoras, Helena sentiu o chamado para somar ao grupo, em meio à pandemia e depois de um ano convivendo com mulheres que passam por situações semelhantes à dela, finalmente reconhece que tem um espaço seguro, no qual as pessoas entendem o que ela passa e isso faz toda a diferença no sentido de ter confiança para compartilhar algo. *“Neste grupo (Mulheres cuidadoras, do qual faço parte há um ano), a gente conversa com pessoas que nos entendem de verdade, porque algumas já passaram o que eu passei durante muitos anos com minha irmã mal e não tinha ninguém pra conversar e falar o que estava sentindo”*

Um dos motivos pelos quais Helena ainda não se sente totalmente confortável para conversar com as pessoas sobre saúde mental é o estigma e o preconceito que ainda são tão presentes na sociedade. Na visão dela, este preconceito não envolve só a pessoa que sofre com determinada condição, mas sim todos os familiares que acabam sofrendo junto. *“O que me incomoda é o estigma e o preconceito contra a saúde mental. Quando a gente fala para as pessoas que tem um familiar ou sofre de algo, as pessoas se afastam da gente porque não conseguem conviver”*.

Apesar dessas batalhas, os grupos estão tornando Helena mais confiante para se posicionar em meio à tanta discriminação. Tanto que suas palavras poderiam, facilmente, compor uma cartilha de apoio para quem ainda está no lugar da solidão sem ter uma direção e, muito menos, um acolhimento.

“Não existe cérebro perfeito. Todos nós - a gente que cuida ou que não cuida - temos problemas. Todo mundo tem um probleminha... Por isso, a gente tem que cuidar da saúde mental. Pra mim, cuidar da saúde mental é potencializar

aquilo que você tem de melhor e melhorar aquilo que você não acha bom. Eu pelo menos procuro fazer isso”. (**Helena em roda de conversa**)

Além do Coletivo e da terapia, outra forma de lidar com todas as responsabilidades atribuídas a ela, Helena tem o costume de ler muito sobre saúde mental e, por entender que o acesso à informação faz diferença, ela costuma compartilhar o que aprende em grupos criados no WhatsApp com outras mulheres que também vivem experiências em comum e que ela foi conhecendo ao longo da caminhada. Foi, também, durante a pandemia e o acesso aos grupos que Helena aprendeu a se olhar mais, se cuidar, fazer cursos e notou a importância de estar bem para poder ajudar.

Entre silenciamentos e disputas pelo se fazer ouvir

Especificamente na roda de conversa sobre a qual um dos temas foi relacionado à comunicação, Helena expôs algumas reflexões sobre o quanto se percebeu silenciada no lugar de familiar de sua irmã, não somente pelas pessoas que estigmatizam e tratam o sofrimento mental com desprezo, mas por quem deveria acolher e ouvir: os profissionais de saúde mental.

No ápice de uma situação de silenciamento, Helena precisou, literalmente, “brigar pelo direito à fala”. Enquanto acompanhante da sua irmã ela já ouviu coisas como “eu não escuto parente de paciente, sem paciente”, o que, na sua perspectiva, é muito difícil, principalmente nos momentos em que o familiar está em uma crise e, diante de consultas de 30 minutos, fica difícil para o médico avaliar tudo. *“Eu acho que eles deveriam dar voz pra gente, sim, até porque quando a gente quer falar, a gente tá em desespero”*.

A redução dos silenciamentos só melhorou quando Helena recorreu ao auxílio de um grupo de familiares de uma instituição universitária para ser ouvida pelo médico psiquiatra e contou ser presente na vida da irmã e participar grupos de ajuda para conseguir dar esse suporte. Somente assim, o médico começou a escutá-la e oferecer suporte também. Essas situações relatadas por Helena não são uma exceção. Prova disso, são outros relatos que surgiram na roda quando ela compartilhou tais experiências e o encontro ficou mais acalorado.

4.8 Kaká³³

Conheci Kaká virtualmente, em meados de outubro de 2022 e, desde o primeiro contato, ela foi muito receptiva e simpática em relação ao convite para participar das rodas do Mulheres

³³ Pseudônimo.

em Rede. Aliás, a simpatia é uma das suas marcas registradas - Kaká é a mulher que entra nas rodas de conversa com um sorriso no rosto e, naturalmente, é muito carismática e prestativa!

Nascida e criada no Rio de Janeiro, Kaká já morou em outras cidades como Curitiba, onde se formou em Psicologia, e além de uma experiência de vida vasta, ela também tem muito conhecimento em diversas áreas como o Direito - sua segunda formação e o cuidado em saúde mental - área em que ela iniciou 'carreira' há aproximadamente 13 anos. *“Eu chamo de carreira, porque isso aí né gente, não é só um momento, são vários momentos e experiências”*

Kaká tem 4 irmãos, sendo um já falecido. Sua irmã mais próxima tem 65 anos, vive com esquizofrenia e faz tratamento em um CAPS do Rio de Janeiro. Hoje, ela é a principal rede de apoio dessa irmã e, mais do que exercer o papel de uma familiar, Kaká, de fato, veste a camisa da saúde mental, pois tem uma trajetória de muito engajamento e entrega a esta causa.

Contextos e trajetórias na saúde mental

Desde a infância, Kaká sabia que sua irmã vivia em sofrimento mental. No entanto, durante muitos anos, ela não teve acesso ao cuidado em saúde mental e tratamento adequado por alguns motivos, como: desinformação, não-aceitação e porque também “era escondida” pelo pai. Quando o patriarca da família faleceu, a mãe das meninas decidiu mudar as coisas e a vida da sua irmã ganhou outros rumos. Infelizmente, sua mãe também se foi e, com isso, Kaká ficou à frente de todo o apoio que sua irmã precisa. Na pandemia, porém, seu irmão caçula assumiu a curatela compartilhada com ela.

Em todos esses anos, Kaká assumiu a missão do cuidado com tanto afinho e responsabilidade que, além de estar presente em tudo o que a irmã precisa, também passou a reivindicar seu direito à voz como familiar, seja por meio de associações de familiares, grupos de apoio, eventos e outros espaços nos quais foi se inserindo.

Redes de apoio

Kaká não conta com uma rede de apoio dentro do seio familiar e não se sente apoiada pela vizinhança. O acolhimento e a compreensão que ela costuma transmitir às amigas também não veio de uma instituição formal como as que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sim surgiu das amizades que fez, nos corredores dos CAPS e nos grupos de apoio voltado aos familiares.

Hoje ela participa dos encontros do Coletivo Mulheres Cuidadoras e de outros grupos orgânicos formados por familiares. Mas, já foi diretora de duas associações de familiares, nas quais "caiu de paraquedas", segundo suas próprias palavras. As duas experiências foram marcantes em sua trajetória, a fizeram *“crescer na carreira de saúde mental”* e a impulsionam

a participar de vários eventos e espaços, sempre disposta a contribuir e a falar o que precisa ser dito.

“Graças a Deus, eu sou entendida”: a luta por lugares de interlocução, cenários de escuta e silenciamento

“Graças a Deus, eu sou entendida. Eu sou ser humano. Graças a Deus, eu cuido da minha irmã e de muitos. São muitos pacientes sem acesso à medicação, Riocard, problemas de saúde e que vivenciam a falta de consideração dos CAPS” (**Kaká em roda de conversa**)

Kaká é uma mulher que sempre buscou fazer as coisas com muita justiça - e a justiça muitas vezes não é confortável nos contextos em que as coisas erradas acontecem. Na primeira roda de conversa, ela contou que sua mãe sempre disse que, dos 5 filhos que teve, ela é a filha com síndrome da roda gigante - que, na prática, faz a língua subir, descer e falar. Pelo fato de participar ativamente dos espaços, falar sobre o que precisa ser revisto e exigir o cumprimento dos direitos dos “Queridos”³⁴ ela já passou por alguns “cancelamentos”³⁵ e inúmeros silenciamentos por parte de instituições, de profissionais de saúde e serviços de saúde mental.

Apesar dos espinhos da caminhada, ela não se deixa intimidar e vê, nos dispositivos tecnológicos e nos espaços organizados por familiares e pessoas que se sentem silenciadas, “*a oportunidade de poder falar e ver tantas pessoas que estavam caladas dentro de um CAPS e não usavam seu poder de fala, fazer isso*”. Por isso, sempre que pode, Kaká está marcando presença em eventos, se dispõe a ajudar pesquisadores, participando de projetos e pesquisas e inclusive, já apresentou trabalhos em um congresso sobre o lugar dos familiares em instituições universitárias.

Na ocasião em que participou do congresso, inclusive, Kaká fez questão de destacar as dificuldades que enfrentou para conversar com as pessoas que muitas vezes se intimidam e não querem se expor em uma pesquisa e nem falar nada com medo de tecer críticas e sofrer represálias que afetem o atendimento dos seus Queridos.

Por justamente conhecer os direitos fundamentais, o direito à saúde e o compromisso das instituições públicas na garantia efetiva desses direitos, Kaká já usou seu entendimento para falar sobre a morosidade dos serviços em resolver problemas que dificultam o acesso ao tratamento, as queixas recorrentes de poucos profissionais nas instituições, a interrupção da garantia dos serviços durante a pandemia, o estigma /preconceito reproduzido por alguns profissionais e, claro, o silenciamento.

³⁴ Nome carinhoso que Kaká adotou para se referir aos familiares e substituir o termo ‘usuários’

³⁵ Expressão popular para se referir à exclusão ou silenciamento de alguém por conta de seu posicionamento.

Quanto às situações de silenciamento vividas na pele, Kaká, infelizmente, tem uma lista de episódios que a marcaram para contar. Ela citou alguns casos de indiferença de pessoas que trabalham nos serviços e a conhecem, bem como o posicionamento do médico psiquiatra se recusando a escutá-la e o comportamento de psicofobia cometido por uma psicóloga que teceu comentários sobre os pacientes e familiares em corredores. Diante dessas experiências tão negativas, ela desabafou: *“Quando eu vejo um familiar explodir, eu digo: meu Deus, que situação desse familiar... Eu só peço a Deus toda vez que eu tenho que chegar no serviço, me deixem fazer perguntas. Porque eles (CAPS) estão sempre trazendo o familiar para o limite”*

Um dos motivos que levam Kaká a seguir nessa árdua caminhada do cuidado, além do amor pela irmã e a luta por uma saúde mental de qualidade, é a oportunidade de compartilhar saberes, falar e aprender. E, neste caminho, ela reconhece um potencial nas redes de apoio e na comunicação que pode ser muito bem aproveitado, sobretudo, por quem não tem a oportunidade de se fazer ouvir nos espaços de poder. Neste contexto, Kaká deixou uma fala muito sábia, e que traz um caminho possível para expandir esses saberes e fazeres: *“A comunicação tem que ser medida. Responsável, cuidadosa, zelosa, carinhosa. Nem sempre aquele que está nos ouvindo, está preparado. Muitas vezes, a ausência de uma resposta cria uma lacuna, cria entendimentos. E temos que ter cuidado com as transmissões bélicas”*

Independentemente da posição em que nos encontramos, “temos que levar a saúde mental para outro patamar” - esse é um dos vários ensinamentos que Kaká nos deixou em duas fervorosas rodas de conversa e que, sem dúvidas, abriria muitas horas de prosa.

Parte III
- Pensamento e Movimento -

5. REDES DE COMUNICAÇÃO, CUIDADO E SAÚDE MENTAL ENTRE MULHERES

Apesar das limitações que um campo virtual traz em relação ao desenvolvimento de uma pesquisa, tivemos, de modo geral, um material muito enriquecedor, fruto da troca de experiências com mulheres que, em suas singularidades, alimentaram as rodas de conversa coletivas e os encontros individuais com muita sabedoria, apontaram novos caminhos e trouxeram contribuições que não só mudaram muitas das perguntas e temas que sugerimos inicialmente para as sessões de conversação, como também nos instigaram a pensar sobre saúde mental, comunicação e gênero em perspectivas que não imaginamos na proposta inicial.

Essa riqueza de aprendizados e de experiências foi possibilitada pelo percurso metodológico escolhido, inspirado na epistemologia feminista, nas perspectivas decoloniais e no método de conversações proposto por Araujo (2015), de forma articulada, resultando na valorização e respeito do direito à voz dos interlocutores e suas contribuições não somente enquanto informantes de pesquisa, mas também como produtores de conhecimento.

Os caminhos analíticos desta pesquisa seguem a mesma lógica, considerando multidimensionalidade permitida pelas opções epistemológicas e metodológicas: da minha posição enquanto pesquisadora-participante das rodas de conversa, de um “diário de bordo” ao longo dessa jornada, das conversas individuais com cada mulher participante e das reflexões e trocas de conhecimento que emergiram nas rodas de conversas.

Como nossa proposta é entender as redes de apoio e de comunicação criadas, tecidas e compartilhadas por mulheres que vivenciaram algum tipo de sofrimento mental ou cuidam de pessoas em sofrimento, privilegiando as dimensões comunicacionais dessas redes, damos destaque analítico para o conceito de Lugar de Interlocação, proposto por Araujo (2004) como eixo conceitual-metodológico e nos apoiamos na Matriz Analítica do modelo de Comunicação como um Mercado Simbólico criada pela mesma autora (2002) para compreender os contextos e mediações em que as pessoas assumem seus diferentes lugares de interlocação.

Como estamos em um campo de interfaces, também percebemos a importância de incluir um segundo bloco analítico, privilegiando conceitos relacionados às questões de gênero, saúde mental e identidade, como economia do cuidado e lugar de fala.

5.1 Redes de apoio em saúde mental referidas às mulheres

Apesar de propostas diferentes, as duas iniciativas, escolhidas como centrais para alcançar e incluir as mulheres nesta pesquisa, Coletivo Mulheres Cuidadoras e Associação Papo de Mulher foram muito interessantes para pensarmos em como são configuradas as redes de

apoio e comunicação entre mulheres com vivências em saúde mental. Nos dois casos, os projetos nasceram com o incentivo de instituições ligadas à saúde pública e à universidade, contudo permanecem vivos devido à atuação das mulheres, na condição de cuidadoras e/ou mulheres que precisam de cuidados como protagonistas. Dentro destes coletivos, existem mulheres que participam de outros grupos e redes de apoio ou formam novas redes movidas por interesses em comum, afinidades pessoais e afetividade.

Outra característica observada em relação a estes dois grupos, é que, mesmo que os coletivos tenham surgido a partir das instituições, as redes são dinâmicas e atuam de modo independente em relação a essas instituições. Especialmente no caso da Associação Papo de Mulher, há uma semelhança maior entre o grupo e os primeiros movimentos populares em saúde que surgiram na década de 1980 com a missão de reivindicar melhorias e direitos, porque, grande parte das mulheres que participam da associação tem uma trajetória intensa na militância e no envolvimento com conferências de saúde, conselhos, eventos da agenda pública, entre outras ações. Gerschman (2004) diz que, no fim da década de 1980, os laços de solidariedade foram requisitos fundamentais para a criação e manutenção das redes de apoio entre os moradores e a escolha de líderes comunitários que tinham como missão representar a comunidade e cobrar os direitos previstos na Constituição Federal para representantes do Estado e essa lógica funciona muito bem no caso da Associação Papo de Mulher. Na pandemia, a Associação manteve suas atividades a todo vapor, com reuniões semanais via plataformas digitais, acolhimento em tempo integral entre as mulheres que participam do grupo e as novas participantes.

O Coletivo Mulheres Cuidadoras é um grupo que surgiu em meio à pandemia, num momento crítico para as mulheres que cuidam e teve, logo no primeiro encontro, quase 100 mulheres inscritas, de todas as partes do Brasil. Hoje, o coletivo está alcançando voo e mantém suas atividades em formato híbrido, com reuniões a cada 15 dias. Assim, as mulheres que se conheceram on-line e moram na mesma cidade têm a oportunidade de estreitar laços e ampliar redes. O projeto vem se destacando por possibilitar, por meio de suas atividades de extensão que as mulheres participantes cheguem a outros espaços por meio da educação, de eventos, congressos, participação em documentários e outras atividades.

A partir desses dois grupos, podemos levantar a hipótese (a ser confirmada em estudos mais amplos e aprofundados) que não existe uma única forma de configuração e sobrevivência das redes de apoio em saúde mental organizadas e compartilhadas por mulheres, mas podemos afirmar que esses coletivos, criados ou fortalecidos virtualmente, são uma “virada de chave” na vida das mulheres e representam um espaço seguro nos quais essas mulheres saem da solidão,

conseguem quebrar o silêncio, são acolhidas, descobrem que têm direitos e, coletivamente, ganham força para se posicionar, entender que têm o direito à comunicação e à saúde e reivindicar o lugar de mulheres de direitos e não apenas de responsabilidades. A seguir, destacamos 3 principais alicerces que estruturam e mantêm os coletivos de mulheres ativos.

- *Laços afetivos criados a partir de uma identidade em comum*

Autores como Barreto (2005) e Guattari e Rolnik (2013) defendem que a criação e manutenção de vínculos afetivos são os pilares de uma rede de apoio próspera e contínua. Especialmente no caso das redes de apoio em saúde mental compartilhadas por mulheres, a criação dos laços afetivos e o reconhecimento de uma identidade em comum são fundamentais, pois somente assim as mulheres se sentem em um espaço real de acolhimento e criam a confiança, a ponto de compartilhar suas aflições e criar uma cumplicidade para buscar soluções e trocar experiências. Esses olhares teóricos se confirmaram na prática de nossa pesquisa, já que as redes formadas por mulheres, constituídas ou compartilhadas entre elas, são movidas por afeto, solidariedade e suporte mútuo devido aos interesses em comum que as colocam, ou no lugar de cuidadoras parentais informais ou no lugar de mulheres que adoeceram cuidando de alguém e já tinham alguma vivência anterior em saúde mental.

- *Possibilidade de acessar e/ou ampliar uma rede de apoio social e suporte mútuo*

Na psicologia, os conceitos de apoio social e suporte mútuo são muito utilizados para se referir às redes criadas entre pessoas que compartilham experiências em comum na saúde mental e se aproximam para unir forças e ajudar umas às outras. Brito e Koller (1999) afirmam que não existe apoio social sem afetividade e essa temática é multifacetada, complexa e dinâmica. As redes de apoio social geralmente se formam e se moldam conforme “o contexto ambiental no qual a pessoa se desenvolve, sua história, seu momento atual e das pessoas com as quais se vincula, bem como as características individuais de todas elas”. (BRITO E KOLLER, 1999, p.115)

Segundo Vasconcelos (2013), o sofrimento, a sobrecarga e as crises em saúde mental são condutores que levam as pessoas a novos caminhos coletivos para o cuidado. Neste cenário, os grupos de ajuda mútua, conhecidos como grupos de suporte mútuo, reduzem o isolamento social das pessoas em sofrimento, ampliam seu poder de interlocução e criam condições para que as pessoas sejam portas vozes de suas histórias e consigam se posicionar e assumir novos papéis sociais além do estigma ou do título de “louca/louco”. No Brasil, essa prática é benéfica tanto para pessoas em sofrimento quanto para seus familiares e geralmente os grupos de suporte mútuo no contexto das organizações sociais e associações de usuários e familiares.

Vimos que os dois conceitos se aplicam à realidade e são o pano de fundo para a criação de coletivos entre mulheres que, se encontram por meio da dor e, não são acolhidas como gostariam nas instituições, de modo geral. Não nos referimos aqui ao acolhimento no sentido de atendimento especializado por profissionais de psiquiatria e psicologia, mas sim no sentido mais amplo, já que as mulheres que cuidam e/ou vivenciam sofrimentos chegam com demandas muito específicas, que vão das possibilidades ofertadas pela RAPS, apesar dos esforços da rede em atender a agenda da Reforma Psiquiátrica.

- *Sentimento de pertença a uma comunidade e interesses em comum*

O silenciamento e a reprodução de violências por parte das instituições e profissionais de saúde, somados ao silenciamento e naturalização das violências e da sobrecarga por parte da família foi uma queixa que surgiu nos depoimentos de algumas mulheres que participaram das rodas de conversa. Quando essas mulheres resolvem participar de algum grupo de apoio ou são convidadas a fazer parte de um coletivo, um dos principais fatores de motivação é sair da solidão e se sentir parte de uma comunidade movida por interesses coletivos, vivencia uma realidade em comum e deseja se fortalecer para questionar esses silenciamentos e buscar melhorias para si e para as pessoas que cuidam. Além dos silenciamentos, geralmente, essas mulheres são muito estigmatizadas quando contam suas histórias ou de seus familiares e isso faz com que elas vivam na pele o preconceito. Neste sentido, as redes são o lugar seguro, o lugar onde elas entram, permanecem ou formam novas redes a partir desta oportunidade, porque são os únicos lugares que elas conseguem se sentir em casa, sem julgamentos

5.2 COMO E QUANDO AS MULHERES EM SOFRIMENTO ACIONAM REDES DE APOIO?

Uma das questões centrais que pensamos inicialmente neste projeto foi o desejo de saber como são configuradas as redes de comunicação e informação sobre cuidado e de que forma as mulheres impactadas emocionalmente pela pandemia acionam e/ou constituem essas redes. Não chegamos a uma resposta única para essa questão, já que o campo nos apresentou mulheres diversas, com histórias distintas e que têm experiências particulares em saúde mental. Independentemente disso, percebemos que o que une as mulheres com as quais conversamos, em redes de comunicação e informação sobre cuidado, redes de apoio e suporte mútuo e iniciativas de cuidado é o sentimento de abandono, solidão e falta de apoio das famílias, das instituições de saúde e do Estado.

Na pandemia, esses sentimentos se intensificaram devido ao cenário árido, duro e repleto de ataques às vidas das mulheres que ficaram ainda mais sobrecarregadas e para algumas delas, foi, neste momento, em que a “corda foi colocada no pescoço”, que elas sentiram a necessidade de colocar para fora o que há tanto tempo está engasgado na garganta e gera sofrimento. O reconhecimento do momento certo de acionar ajuda não foi muito simples para a maioria das mulheres que sempre foram ensinadas a cuidar e pouco aprenderam sobre seus direitos de serem cuidadas.

De modo geral, as mulheres chegam às redes de apoio por meio do convite de amigas e conhecidas que enfrentam situação semelhante ou possuem acesso à informação qualificada sobre saúde mental, devido aos seus contextos de trabalho, estudo e vivências pessoais. Há mulheres que, apesar de estarem inseridas na psicologia, terem assumidos cuidados de familiares próximos e terem conseqüentemente adoecidos com isso, só chegaram a uma rede de apoio segura e confortável por meio do contato com professores e projetos universitários de pessoas, mesmo tendo experiência prévia no contato com os CAPS e serviços de saúde.

No caso das mulheres que se enquadram mais no papel de ativistas, a busca por redes de apoio e cuidado desperta a partir de dores e feridas muito intensas, que as levaram ao papel de luta pela saúde mental, tanto na condição de usuárias dos serviços quanto no lugar de cuidadoras parentais e informais. Notamos que, no caso desse perfil de mulheres, os caminhos para uma rede de apoio e acolhimento real não foram abertos com tanta facilidade, já que as internações psiquiátricas e o abandono estatal/familiar chegaram antes de o acesso à informação e possibilidade de exercer o direito à comunicação.

Quando essas mulheres tiveram a oportunidade de sair desses lugares, elas se tornaram multiplicadoras de redes de comunicação e informação sobre cuidado e hoje assumem um protagonismo muito forte neste sentido, já que estão também envolvidas em muitas redes e movimentos sociais, que vão além da função primária dos grupos de suporte mútuo, já que elas se deslocam do sofrimento para a luta por direitos e garantia de uma saúde mental de qualidade, do cuidado em liberdade e do direito à existência.

Uma minoria das mulheres nas rodas de conversa disse ter chegado aos coletivos de mulheres por indicação das instituições de saúde; isso acontece, ainda mais considerando que, nos projetos escolhidos, existem parcerias institucionais que fortalecem ou complementam estas iniciativas.

No caso das redes de apoio constituídas no mundo *offline*, a configuração do apoio social se dá por meio do contato com vizinhas e amigas, além dos amigos e colegas de trabalho, participação em grupos de convivência e iniciativas de voluntariado e busca por apoio espiritual.

Não conseguimos nos aprofundar no entendimento de como se configuram as redes de informação e comunicação sobre cuidado no caso das mulheres que não estavam necessariamente inseridas em coletivos ou grupos de suporte mútuo. O que temos, com base na experiência compartilhada por uma participante, é que o apoio social não chegou até ela por meio do CAPS ou de qualquer outra instituição e sim, por amizades próximas. Pela natureza de um trabalho de campo virtual, tivemos dificuldades no alcance das mulheres que não dispõem de recursos tecnológicos como celulares e internet e isso limitou nossas percepções em relação às redes de apoio sobre informação e cuidado configuradas nos ambientes *off-line*. Contudo, observamos que as redes de apoio não nascem no ambiente digital e sim, se ampliam a partir dele, em tempos nos quais há um aumento pela demanda de tecnologia, interação social e isolamento social. Os grupos se reinventam a partir das tecnologias de informação e comunicação, mas são criados e/ou fortalecidos em ambientes presenciais, que são democráticos e garantem maior proximidade, criação e fortalecimento de vínculos sociais. Para ilustrar e contextualizar melhor a organização e multiplicação das redes de apoio entre mulheres que enfrentam algum desafio relacionado à saúde mental, elaboramos os organogramas a seguir:



O primeiro organograma representa uma visão geral das redes de apoio e comunicação que servem como apoio em saúde mental para as mulheres que participam do Coletivo Mulheres Cuidadoras. Em especial, as comunidades e grupos do WhatsApp específicos são algumas das iniciativas em comum que as mulheres que se encontram e fazem amizade no grupo, fortalecendo laços, seja por afinidade ou identificação, fazem. Especialmente no caso do grupo Mulheres em Rede, nasceu de uma sugestão de algumas mulheres que participaram das rodas de conversa propostas neste projeto e indicaram o interesse em dar continuidade às pautas e discussões que realizamos. A organização do grupo foi sistematizada por meio do aplicativo WhatsApp com a finalidade de trocas de experiências em saúde mental, amadurecimento e fortalecimento de laços de amizade.

No caso das redes de suporte mútuo criadas a partir do contato entre familiares que frequentam o CAPS, notamos que a união e o fortalecimento dessas redes nascem do sentimento dos familiares de estarem no mesmo barco. Uma das participantes da roda de conversa, chegou até às redes de apoio por meio da troca de experiências com outros familiares do CAPS e da sua ação de questionar e exigir melhorias no serviço. Esse perfil de familiar engajada fez com que essa mulher convidasse outros familiares para participar das redes e

iniciativas que ela foi conhecendo e, inclusive, ela chamou uma dessas amigas para participar do Coletivo Mulheres Cuidadoras.

Bazares, ações solidárias, projetos e grupos vinculados a instituições religiosas representam algumas das redes de apoio que as mulheres do coletivo buscam nas suas vidas pessoais e na rotina. Essas redes já existiam antes do Coletivo Mulheres Cuidadoras na vida de algumas dessas mulheres e no caso de uma delas, especificamente, a participação em ações voluntárias também é potencializada pelas atividades que seu familiar realiza sendo paciente do CAPS. As redes orgânicas representam uma oportunidade de expansão e multiplicação das redes de apoio em saúde mental no caso das mulheres que, a partir do coletivo, se colocam na posição de ajudar e compartilhar o que aprendem com quem enfrenta desafios parecidos e não tem informação.



O segundo organograma refere-se às redes de apoio que algumas das mulheres já participavam antes de chegar ao coletivo e ampliaram a partir do envolvimento e do contato com o projeto. O grupo Familiares Parceiros do Cuidado do IPUB nasceu antes do Coletivo Mulheres Cuidadoras e duas das mulheres participantes na roda tinham contato com esse grupo antes de serem convidadas para o projeto. O Instituto Jacintas é uma organização que está ampliando os horizontes e possibilidades de atuação a partir de parcerias feitas com o Coletivo Mulheres Cuidadoras. A AMME é uma entidade que possibilitou o encontro de uma das

mulheres com o coletivo Mulheres Cuidadoras, essa mulher é familiar, cuidadora e esteve durante um tempo na equipe de organização do projeto. A associação ASM de Criciúma representa uma oportunidade de ampliação do alcance do coletivo já que uma das extensionistas que também é familiar e profissional de saúde no coletivo participa da associação. Não conseguimos nos aprofundar na compreensão do funcionamento de cada rede citada e isso nos aponta para algumas possibilidades futuras.



A situação anterior também se aplica à análise da Associação Papo de Mulher. As mulheres do coletivo, são, em sua maioria, envolvidas em movimentos sociais e atentas à agenda política e às lutas por direitos em saúde mental. Por se tratar de uma organização alinhada à militância antimanicomial e feminista, composta por militantes atendidas nos serviços de saúde mental e, muitas vezes, também são familiares, a organização tem um posicionamento de luta por direitos muito nítido. Muitas das mulheres envolvidas na proposta também são profissionais e ex-profissionais de saúde e alimentam o protagonismo das participantes. As coordenadoras da organização Associação tem um perfil de liderança, tanto dentro das redes convidadas para participar quanto na própria comunidade. As profissionais de saúde mental da organização são alinhadas aos valores da Associação e atuam como apoiadoras

dessas líderes, facilitando os caminhos para que elas consigam participar dos espaços e multiplicar suas redes de apoio social, comunicação e ativismo em saúde mental.



Não conseguimos nos aprofundar tanto nos modos de organização, criação e multiplicação das redes de comunicação e apoio em saúde mental que surgem a partir da Associação Papo de Mulher. O que notamos é que a solidariedade e a ajuda mútua em prol das lutas por direitos está presente não só na atuação de militância da associação, como também se estende para iniciativas que são geradas a partir da aproximação entre essas mulheres que são multiplicadores de redes em suas comunidades. A religião, a participação em grupos teatrais, as ações solidárias e as redes de amigos são uma extensão do coletivo que tem uma forte presença na Bahia.



O último organograma é fruto do compartilhamento de experiências das mulheres com a busca por apoio emocional, ajuda e motivação para seguir nas lutas diárias. Essas experiências foram compartilhadas tanto nas rodas de conversação coletivas quanto nos encontros individuais e representam redes de apoio fora do âmbito institucional

5.3 O lugar da informação e da comunicação nas redes de apoio sobre cuidado em saúde mental

Mesmo considerando as limitações de um trabalho de campo virtual, pudemos constatar que nem todas as mulheres conseguem igualmente fazer parte de uma rede de apoio lançando mão das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS).

Por um lado, a pandemia potencializou e alimentou a formação e a multiplicação de redes de apoio e de solidariedade entre as mulheres. Por outro, este período limitou o acesso dessas mulheres às poucas redes de apoio e proteção que existiam, tais como CAPS e serviços de saúde mental que tiveram mudanças no atendimento prestado à população, principalmente na fase mais crítica da pandemia. As redes constituídas por amigas e vizinhas também ficaram

³⁶ ** O destaque no lugar da família foi inserido porque apenas duas mulheres participantes desta pesquisa, afirmaram que a família é uma rede de apoio forte.

limitadas entre as mulheres que fizeram isolamento social. No caso das mulheres que não tiveram a oportunidade de estar em *home-office* e continuaram saindo para trabalhar todos os dias, o desamparo e a falta de apoio social foi intensificado, sobretudo pelo Estado.

O aprofundamento da discussão de todas as dinâmicas aqui citadas nos pareceu insuficiente frente ao que imaginávamos obter, mas chegamos a algumas descobertas interessantes que organizamos em tópicos a seguir.

- **As dimensões comunicacionais são centrais na organização e no fortalecimento das mulheres em rede**

O afeto, a comunicação afetiva, respeitosa e acolhedora são ingredientes fundamentais na organização e no fortalecimento das mulheres que acionam redes de comunicação e apoio, constituem novas redes ou tomam a iniciativa de fundar redes na ausência de apoio. Antes de fazerem parte dos grupos, a maioria das mulheres disse ter passado por recorrentes situações de silenciamento, tanto por parte da família, por parte de psiquiatras, por parte das instituições de saúde quanto pela sociedade em geral. Quando, enfim, encontraram lugares nos quais pudessem falar, elas descobriram terem o direito de falar sobre o que as incomoda e se posicionar nessas relações.

Ou seja, a participação das mulheres nas redes de informação e comunicação sobre cuidado faz com que elas se sintam, gradualmente, encorajadas para recuperar seu poder de fala e a criação do vínculo, das relações e das trocas de experiência com outras mulheres fazem com que a dimensão comunicacional (especialmente no sentido do exercício do direito à voz) dessas mulheres seja ampliada e alcance espaços que sempre foram negados a elas. No entanto, nem todas as mulheres compreendem e lidam com o acesso à informação e o direito à comunicação da mesma maneira.

Fazendo recurso à matriz analítica dos fatores de mediação entre centro e periferia discursivos e do conceito de lugar de interlocução, divisamos alguns caminhos possíveis para compreender o lugar da comunicação nas redes de apoio sobre cuidado em saúde mental. Esses caminhos partem da identificação de alguns dos fatores de mediação que se fizeram recorrentemente presentes na fala das participantes da pesquisa. São eles:

- **Motivações e interesses**

Os **interesses pessoais** das mulheres que se identificam como cuidadoras consiste, resumidamente, na busca por um espaço de acolhimento e no desejo de fazer novas amigas que compreendam de fato as situações que elas passam.

No lugar de interlocução de cuidadoras parentais e informais, essas mulheres encontram-se sozinhas, sobrecarregadas e não conseguem conversar com outras pessoas que cuidam ou que precisam de cuidados em saúde mental sobre suas aflições porque se sentem estigmatizadas e silenciadas e as redes são o lugar onde há uma esperança de mudança, no sentido de ser ouvida, cuidada e considerada.

Em relação aos **interesses coletivos**, as mulheres que cuidam e/ou precisam de cuidados são motivadas pela luta de direitos e pelo desejo de reivindicar políticas públicas que proporcionem uma saúde mental de qualidade para elas e para seus familiares.

“Neste grupo, mulheres cuidadoras, do qual faço parte há um ano, a gente conversa com pessoas que nos entendem de verdade, porque algumas já passaram o que passei durante muitos anos com minha irmã mal e não tinha ninguém para conversar e falar o que estava sentindo. [...] Quando a gente fala para as pessoas com um familiar ou sofre de algo, as pessoas se afastam da gente porque não conseguem conviver”. (**Helena em roda de conversa**)

“Às vezes, a gente até tem com quem conversar - uma amiga, uma parente, um parente, mas não é uma escuta qualificada. É uma escuta de uma pessoa que não vive isso que a gente tá vivendo né. E aí escuto: ‘nossa, ele tá bem’. Ah, ele vai crescer, isso é coisa da idade, daqui a pouco você não vai ter problema com ele’. A pessoa ouve, tem até empatia, mas não tem a vivência daquilo que a gente tá vivendo”. (**Iolanda em roda de conversa**)

“E quando eu consigo dizer o que eu sinto, eu deixo de adoecer”.
(**Eliana em roda de conversa**)

- **Relações pessoais e institucionais**

O estabelecimento das relações entre as mulheres é essencial para que elas mantenham seus interesses, compartilhem informações sobre saúde mental, consigam se comunicar e mobilizar projetos que visam ampliar o alcance das causas pelas quais elas lutam. No cenário pessoal, as **relações entre as mulheres** que constituem ou acionam as redes de apoio têm um caráter de atividade e solidariedade.

As **relações institucionais**, entre as mulheres que assumem a liderança desses grupos ou se enquadram em mais de um lugar de interlocução, sendo ativistas além de cuidadoras, por exemplo, são caracterizadas por negociações constantes perante as instituições (em geral, CAPS e serviços do Estado) e os profissionais de saúde mental. Nos chamou a atenção, o fato da relação com os psiquiatras ser mais difícil, tanto nas relações pessoais quanto nas relações institucionais. Como esta pesquisa tem um recorte localizado, sendo realizada por métodos qualitativos, não há como generalizarmos os resultados e afirmarmos que em todas as localidades, existe uma tensão entre a distância dos profissionais de saúde das mulheres cuidadoras parentais informais e mulheres que se reconhecem como ex-usuárias e usuárias da

RAPS. O que percebemos, a partir dos relatos é que existem silenciamentos e abandonos reproduzidos em algumas relações, principalmente quando a mulher que cuida não é ouvida ou é vista apenas como uma mulher com a obrigação de cuidar, sendo que, muitas vezes, ela também encontra-se fragilizada e apresenta sintomas de estresse, estafa mental, sobrecarga e demanda por cuidados.

No caso das mulheres cuidadoras que encontraram grupos de apoio, a união e a organização delas em rede intensifica os laços afetivos, as fortalece e as encoraja para lutar por seus direitos e se mobilizar para conseguir reivindicar seu direito à fala. A negociação deste direito com os profissionais de saúde é uma constante.

Por outro lado, os silenciamentos em relação às mulheres que se identificaram como usuárias e ex-usuárias, foram intensificados não só a partir da vivência do estigma e da opressão. Especialmente no caso da única mulher que afirmou ter sido internada em hospital psiquiátrico, os efeitos da violência de gênero, do silenciamento somaram-se com outros fatores como classe, raça e gênero, tanto que essa mulher afirmou que seu processo para se reconhecer e se afirmar no lugar de sujeita de direitos foi e continua sendo uma luta constante.

- **Competências**

Entre as diversas competências das mulheres que cuidam e necessitam de cuidados, identificamos, que os conhecimentos sobre a realidade da saúde mental são adquiridos na prática diária do cuidado e aperfeiçoados com cursos de extensão e trocas coletivas de conhecimentos em rodas de conversa, conversas individuais, congressos e eventos. Neste sentido, a comunicação em saúde, mais uma vez, é protagonista, já que as redes que possibilitam o acesso e compartilhamento dessas iniciativas são movidas pela comunicação e pelo diálogo com as mulheres que fazem parte dos grupos e aceitam o chamado para estar nessa jornada.

No caso das mulheres que são ativistas, percebemos que a capacidade de mobilização aliada à habilidade no manejo discursivo e ao acesso ao conhecimento formal ou informal dos cuidados em saúde mental são competências que as posicionam em melhores lugares de interlocução, enquanto elas conseguem reconhecer seus direitos e se posicionar enquanto mulheres com experiência de vida, de luta e de profissão na caminhada da saúde mental. De modo geral, são mulheres que fazem networking, trocam contatos, articulam parcerias, participam de conferências em saúde mental, vão atrás do direito de participar de conselhos de saúde e multiplicam os caminhos de como fazer isso com outras mulheres.

“Sou filha única. Sofri abandono familiar e estatal e diante deste caminhar, dessas vivências, me vejo outra mulher. Uma mulher que conseguiu chegar

aqui no convite da Bruna e trazer esse histórico de situações que hoje eu vejo que muitas mulheres passam. Venho entrando com recursos jurídicos, venho formando um grupo assim como esse para entender nossas dores e construir uma PL (Projeto de Lei) para gente poder ter uma lei, ter um estatuto, também poder ser vista enquanto mulher cuidadora e fazer essa minoria mostrar o quanto é maioria né, porque, nos números do macro, nós somos maioria - mulheres” (**Bárbara em roda de conversa**)

“Sempre gostei de fazer todas as pessoas ficarem juntas. Sempre fui essa pessoa que junta as pessoas. Os meus amigos ficam amigos dos meus amigos. Então para mim, isso é comunicação. Hoje eu faço parte da comunicação e mobilização no Conselho Nacional de Saúde como uma das organizadoras da Conferência de Saúde Mental [...] essa coisa de comunicação para mim é muito fácil.... Eu consigo me articular em Salvador com meus companheiros do Brasil para encaminhar processos. Comunicação para mim é articulação. Vou dar um exemplo para vocês darem risada: se eu fosse de uma quadrilha, eu seria a mulher que faz o mapa da articulação. Eu sou bem articulada [risos]”. (**Leide em roda de conversa**)

- **Dispositivos de comunicação**

As mulheres que são cuidadoras parentais informais e comunicadoras sociais demonstraram que possuem maior habilidade no manejo das redes sociais, na realização de eventos ao vivo e na criação de materiais de comunicação como cartilhas, campanhas e vídeos sobre saúde mental. As mulheres que não trabalham na área de comunicação acabam usando os dispositivos de comunicação como celular e o espaço das redes sociais para trocar mensagens de suporte, compartilhar vídeos, fotos, mensagens de áudio e participar de reuniões on-line.

Algumas sentem mais dificuldade com o uso da tecnologia, mas algo que notamos entre as mulheres participantes desta pesquisa é o fato de a solidariedade também se fazer presente na troca de conhecimentos e ajudas entre as mulheres sobre como entrar numa reunião, como acionar o áudio, como ligar a câmera ou silenciar. Também notamos que as mulheres mais articuladas e presentes no cenário político possuem acesso a profissionais que trabalham em veículos de comunicação, defensorias e nas instituições. Por outro lado, há mulheres que acabam utilizando a escrita, as redes sociais e a produção de conteúdo como um caminho para ser, estar, se posicionar e ser vista no mundo.

“A comunicação sempre fez parte da minha vida e veio para mim através da escrita. Desde criança, comecei a escrever e sou formada em jornalismo, por isso... a comunicação esteve presente na minha vida. Eu escrevia sobre minha vida, sobre meu dia, escrevia poesias e a importância da comunicação, na minha vida, veio muito para entender meus sentimentos, e me compreender. Isso é muito importante para mim, é como uma terapia que faço. Algumas vezes já escrevi textos que mulheres se identificaram e acho muito incrível porque escrevo para me ajudar e vejo que pode ajudar outras pessoas, então

eu sinto potência, então a comunicação é meu lugar - não tão falado, mas escrito” (**Laila em roda de conversa**)

- **As redes de apoio são lugares nos quais as mulheres aprendem, ensinam e multiplicam ações, usando suas habilidades comunicativas e mobilizadoras**

Além dos desabafos e do compartilhamento de experiências sobre sofrimento, as redes de apoio em saúde mental são redes que possibilitam a troca de experiências, de informações, de materiais educativos, de cartilhas, de eventos e de orientações sobre cuidado em saúde mental. Logo, a comunicação é basilar nas redes, pois é a partir do diálogo estabelecido entre essas mulheres, que elas vão desenvolvendo confiança mútua, descobrindo que têm direitos e acionando outras redes para conseguir lutar por esses direitos.

“Os grupos de autoajuda, grupos de ajuda me salvaram. E tão me salvando, na medida que estou aprendendo [...] a me cuidar. A cuidar da minha criança lá dentro que está ferida” (**Eliana em roda de conversa**)

- **As redes de apoio entre mulheres são espaços nos quais elas conseguem dar os primeiros passos para reconhecer as violências e quebrar os silêncios**

O silenciamento e a naturalização de violências, por parte do Estado, por parte das famílias e até mesmo de profissionais despreparados da saúde mental foi uma queixa presente na experiência de mulheres que cuidam de mulheres que já acionaram algum tipo de cuidado. A dificuldade em falar sobre essas experiências nos serviços de saúde mental foi citada por algumas mulheres devido à falta de segurança, de empatia no sentido real da palavra, do julgamento, da estigmatização e do medo de retaliação ou exposição excessiva.

“Quando eu vejo um familiar explodir, eu digo: meu Deus, que situação desse familiar... Eu só peço a Deus toda vez que eu tenho que chegar no serviço, me deixem fazer perguntas. Porque eles (CAPS) estão sempre trazendo familiar para o limite”. (**Kaká em roda conversa**)

“Quando vê que o familiar tem expressão e sabe se posicionar. O familiar é ovelhinha negra” (**Kaká em roda de conversa**)

“Acho que os profissionais da saúde, principalmente da saúde mental, deveriam nos ouvir porque é muito difícil. Eu já tive que brigar pelo direito à fala, já ouvi do médico que ele não escutava parente de paciente e é difícil. eu acho que eles deveriam dar voz para gente, sim, até porque quando a gente quer falar, a gente tá em desespero” (**Helena em roda de conversa**)

“A saúde mental (referência aos CAPS profissionais de saúde) fala que o familiar é importante, mas assim (lá longe). A saúde mental fica de um lado e o familiar do outro” **(Kaká em roda de conversa)**

As redes de apoio representam os primeiros espaços nos quais essas mulheres conseguem, a partir da troca de vivências e ajuda mútua, a reconhecerem as violências e se sentirem mais confortáveis com o passar do tempo para se autoafirmar não só lugar de cuidadoras e/ou usuárias, como também no lugar de cidadãs que precisam de amparo, existem e merecem ser ouvidas.

“A comunicação se relaciona ao nosso fortalecimento enquanto mulheres, nosso fortalecimento enquanto sujeito. Se eu tenho informação e estou ligada ao grupo, por exemplo, chego a uma consulta e falo que faço parte de um coletivo de mulheres e digo que tenho formação, o médico me olha de outro jeito. [...] Com isso, lá no cérebro dele, você já comunicou que você tem poder também” **(Eliana em roda de conversa)**

“Depois disso (de pensar na comunicação) eu comecei a entender o meu lugar. Antes, eu era a mãe, depois a mãe que cuida, depois a mulher cuidadora. A via da comunicação é muito potente para pensarmos em outros olhares e desconstruir um olhar tão normativo sobre a perspectiva do adoecimento” **(Vanessa em roda de conversa)**

- **A tecnologia não garante a manutenção das redes de apoio e nem o seu acesso, embora possibilite maior alcance em relação ao alcance geográfico**

A existência das redes de apoio sobre saúde mental é multifacetada. Na pandemia, essas redes foram alimentadas e compartilhadas com maior facilidade, mas isso não quer dizer que elas substituem as redes de cuidado e apoio que estão fora da internet. Isso vai ao encontro do que Castells (2017) diz sobre a internet ser uma estrutura que organiza e possibilita a comunicação, mas não a essência das redes que são criadas, alimentadas e multiplicadas em torno de uma causa social e de comunidades mobilizadoras.

No entanto, é inegável que a internet potencializa o alcance dessas redes para mulheres que, eventualmente, se encontram em cidades que não contam com uma RAPS forte, nem com muitos grupos de suporte mútuo e, neste cenário, as redes vão gerando, espontaneamente, outras redes conforme afinidade, reciprocidade, identificação e intimidade entre essas mulheres. Essa mobilização é que gera o sentimento de esperança, tão necessário para a criação de articulações e mobilizações, de acordo com Castells (2017).

Apesar desse potencial da tecnologia, não há como fechar os olhos para uma limitação imensa do ciberespaço: mulheres que sofrem com a negação do direito à tecnologia e estão em

contextos de maior desigualdade e vulnerabilidade social são excluídas de grupos que se organizam somente desta forma. E isso cria uma lacuna nesta pesquisa no sentido de compreender e descobrir como as redes de apoio se configuram e se mantêm para além deste cenário.

5.4 Reflexões sobre gênero, saúde mental e cuidado

As trocas de experiências e os diálogos compartilhados durante as rodas de conversação coletivas e individuais nos trouxeram muitas reflexões que vão além da nossa questão central de pesquisa. Por isso, fizemos um compilado com as principais reflexões, pensando nas questões de gênero, saúde mental e identidade a partir de autoras como Hirata e Guimarães (2020), (Federeci, 2019), Saffioti (1989), Zanello (2018 e 2022) e Ribeiro (2017).

- **Sobrecarga e adoecimento**

A maioria das participantes desta pesquisa apresentou relatos de adoecimento e/ou sofrimento mental com diagnóstico em decorrência da sobrecarga e da responsabilização pelos cuidados de outra pessoa. Apesar dos contextos de vida específicos de cada uma, o adoecimento, nestas condições, faz e/ou fez parte da vida de 6 das 8 mulheres que aceitaram compartilhar suas experiências conosco. Apesar de duas mulheres não terem entrado em detalhes sobre o assunto e nem terem confirmado sintomas de adoecimento psíquico, a sobrecarga e o cansaço decorrente das responsabilidades que elas desempenham em suas famílias foram citados como algo que já se tornou rotina.

- **Abandono estatal**

O abandono e a solidão da mulher que cuida e da mulher, que mesmo doente, continua cuidando dos seus familiares foi um tema que surgiu durante as rodas de conversa. Uma das participantes, Bárbara, contou que além do abandono do Estado - o qual ela criou forças para mover um processo, também lida com o abandono familiar e isso traz impactos emocionais, financeiros e na vida em sua totalidade.

“Criei uma ONG, o Instituto Jacintas, que faz escutas e acolhimento gratuito de Mulheres que se identificam neste lugar do cuidado e estão em vulnerabilidade e conta com serviços de psicologia, serviço social e jurídico. A missão hoje de Jacintas é se construir no meio disso tudo né. São muitos atravessamentos, principalmente que eu passo nesta descoberta, só são 4 anos. Meu corpo profissional cresce junto comigo. Para construir uma nova visão, uma nova forma de ouvir. O trabalho mexe com o que vivo e isso gera um

enfrentamento... a comunicação vem cheia de ruídos, cheia de violências que estão sendo naturalizadas há muito tempo” (**Bárbara em roda de conversa**)

Quando Bárbara fala sobre a comunicação como “cheia de violências e de ruídos”, ela faz uma referência ao Estado e às soluções propostas pelo mesmo para as cuidadoras. Neste caso, o Estado tem, de modo bem geral, uma comunicação impositiva, julgadora, que nada acolhe, que apenas manda, sem considerar os contextos e histórias de vida. Hoje, Bárbara trabalha com o Instituto Jacintas, mas sem conseguir se ausentar do ambiente doméstico, pois sua mãe precisa de uma cuidadora em tempo integral e Bárbara não tem recursos financeiros e nem consegue um trabalho-remunerado fora de casa para ter acesso a esse suporte. Logo, seu trabalho e sua vida estão muito entrelaçados no cuidado em saúde mental e no ativismo movido pela dor. A dor da mulher que foi a filha abandonada pelo pai, que perdeu a avó e que, mesmo assim, teve que juntar os caquinhos, colocar sua dor no bolso, cuidar da mãe e reuniu forças para estudar sobre direitos e compartilhar essas informações com mulheres que também vivem situações semelhantes.

Este caso específico nos chama atenção para o que as autoras feministas chamam de Economia do Cuidado e consequências do trabalho não-remunerado, invisível e ainda por cima, explorado pelo Estado que deveria garantir o direito ao cuidado de quem cuida. Ferreira (2017) vê, neste tipo de situação, a precariedade de serviços e a transferência do que seria responsabilidade dos serviços à saúde para as mulheres. Passos (2013) concorda com esse pensamento e vai além, pensando na Reforma Psiquiátrica e na realidade das mulheres cuidadoras em saúde mental, quando afirma que a ausência do Estado e a negação de direitos é uma reprodução das opressões de gênero, que recai sobre as mulheres e impacta, especialmente, as que estão mais vulneráveis financeiramente de modo muito particular.

O abandono Estatal não é nada novo e os serviços já lidam com ataques e falta de investimento há tempos. A conta desse problema pesa nos ombros e nos bolsos das mulheres que cuidam e não deixam de cuidar, porque sem isso, seus familiares ficam à deriva - especialmente nos casos em que houve fechamento de serviços nas primeiras ondas da pandemia.

“Há 13 anos, as palavras eram: poucos técnicos, os técnicos são poucos. Nós chegamos a 2022: poucos técnicos, poucos técnicos. Não tem quem faça reunião, não tem, e na pandemia não tem serviço” (**Kaká em roda de conversa**)

- **Apoio familiar: ambiguidades entre apoios como “ajudas” e fragilidade e/ou ausência de apoio**

A maioria das participantes da pesquisa relatou ser a principal rede de apoio de quem precisa de cuidados, pois todas as outras pessoas da família “tinham sua vida”. Mesmo em momentos de extremo desgaste e tensão, elas continuaram cuidando das pessoas que amam, sem saber quando se colocariam como prioridade na agenda. Nos chamou atenção o fato de algumas dessas mulheres sentir o efeito da sobrecarga e não se dar conta sobre o que está no pano de fundo deste modelo de cuidado, já que são cuidados desempenhados como “obrigação decorrente do vínculo de familiar” (HIRATA e GUIMARÃES, 2020, p.167) ou como cuidado por amor, já que desde a infância, as mulheres são ensinadas, por meio de pedagogias de gênero que cuidar é sua missão como mulher (ZANELLO, 2022)

“Muitas vezes eu não queria cuidar da minha irmã, mas eu ia. Engolia o choro e pensava - eu não tô bem, mas ela precisa muito mais de mim e acho que isso foi muito bom porque fui escolhida para isso” (**Helena em roda de conversa**)

“Eu sou uma mãe diferente, porque tenho companheiro, pai do meu filho que é presente. Apesar de ele não levar ele na escola e nos lugares, ele sempre tá em casa, puxa a orelha quando precisa, e quando eu tenho um compromisso em que o meu filho não pode estar comigo como exame e consulta, ele dá esse suporte. Então eu sou privilegiada neste aspecto”. (**Iolanda em roda de conversa**)

- **Culpa, naturalização das violências e responsabilidades**

Além de serem responsabilizadas pelo cuidado de tudo e todos, quando não estão cuidando, as mulheres se sentem julgadas. Sinal de que a construção e a permanência dos papéis sociais de gênero (Saffioti, 1986) a eficácia dos dispositivos maternos e amorosos continuam dando certo, afinal, quando as mulheres se recusam a cuidar são tratadas como egoístas - o que não acontece com os homens, afinal, não cuidar é algo comum na vida deles que, teoricamente, pela natureza, são assim mesmo, livres. (Zanello, 2018; Zanello, 2022). A culpa também gera inquietações nas mulheres, mesmo que o cuidado seja uma habilidade humana e não feminina.

“A gente cuida porque a gente gosta (a mulher tem a coisa de abraçar), mas a cobrança também cai pra gente. Tem que cuidar e ainda que não dê muito certo, mesmo com todo nosso esforço, a culpa é sempre nossa! A culpa do mal-estar é sempre nossa. Agora, suporte que é bom mesmo, não tem” (**Iolanda em roda de conversa**)

“Foi muita violência posta na nossa terra Brasil. Para nós mulheres que somos o amparo desses homens, do masculino. E vice-versa né, mas vamos ficar sim com o nosso mérito porque somos nós mulheres, que de fato amparamos este contexto das nossas famílias” (**Bárbara em roda de conversa**)

- **O cuidado negado às mulheres que cuidam**

Na contramão da atribuição do cuidado ao feminino, algumas mulheres relataram o fato de não terem direito a descanso e cuidado por não ter quem faça por elas e como elas fazem. Outra questão que surgiu em relação à negação do direito ao cuidado é que desde a infância, muitas mulheres que, se viram de repente sendo apoio de alguém, não se sentiram cuidadas, pois sempre fizeram tudo sozinha - gerando dificuldade no reconhecimento ao direito de ser cuidada e de se perdoar quando não conseguem, por algum motivo, exercer essa função.

“A minha história com saúde mental começou com a minha mãe, quando ela foi diagnosticada com TAB. Hoje em dia, nem temos mais certeza desse diagnóstico, mas minha mãe melhorou. Por muito tempo, ela foi minha filha, digamos assim. Eu nunca me senti totalmente cuidada, sou totalmente independente. Sempre fui muito sozinha, sempre fiz minhas lições sozinha. Hoje não to mais, tenho um namorado ótimo, depois de muitas relações abusivas. Eu também adoeci no processo. Também já passei por psiquiatra. Hoje, tive alta do psiquiatra e só faço terapia, mas tenho uma grande dor que é viver longe dos meus dois filhos. É um lugar de falta muito grande”. **(Laila em roda de conversa)**

- **Pandemia**

Não é novidade que a pandemia tensionou os limites da vida e trouxe mais sobrecarga e adoecimento para a vida das mulheres. Mas, no caso das mulheres que se entendem como cuidadoras parentais informais de pessoas em sofrimento psíquico, a sobrecarga foi às alturas e isso foi tema de alguns depoimentos:

“Diante do fechamento dos CAPS e serviços de saúde mental, as mulheres, cuidadoras e pessoas atendidas e/ou inseridas nos serviços do CAPS e na sociedade em geral, sobretudo mulheres, tiveram que lidar com medos, incertezas, fome, falta de assistência, além de terem se tornado um CAPS 24h. Eu sou um CAPS 24h” **(Kaká em roda de conversa)**

“Na pandemia, eu pude olhar para dentro de mim e ver que muitas mulheres da minha família em sofrimento, passaram por isso, sem direcionamento. Comecei também na pandemia a me sentir em um processo de perda da razão, sentindo que eu poderia enlouquecer. Comecei a me inquietar e escrever essas inquietações e no começo eu achava que era por ser mãe solo, mas entendi que não era só isso” **(Vanessa em roda de conversa)**

- **O reconhecimento de direitos e a mobilização para a luta**

Algo que nos provocou a pensar sobre caminhos futuros neste trabalho foi o poder de agir político das mulheres, que mesmo sendo violentadas pelo Estado, pela família, pelas instituições e por atitudes e falas de pessoas que não ajudam, mas que as julgam, encontraram

um caminho pela dor para tecer, mobilizar, somar, compartilhar e multiplicar redes de cuidado e apoio aliadas ao ativismo e ao desejo de transformar a realidade em que vivem.

Existe um “hino” feminista que diz o seguinte “Companheira, me ajude que eu não posso andar só, eu sozinha ando bem, mas com você ando melhor”. Neste sentido, pudemos perceber, durante as duas rodas de conversa, que, para cada sofrimento ou problema compartilhado, sempre havia as mulheres que chegavam com soluções para fortalecer a jornada coletiva tanto para quem precisa de cuidados quanto para quem cuida. Especialmente no caso das mulheres ativistas, o sentido de cooperação e provocação para ações futuras foi marcante nas rodas. Bárbara, fundadora e gestora do Instituto Jacintas, e seus parceiros estão construindo um projeto de lei, deu um recado importante:

“São muitas naturalizações de violência em cada cantinho nosso. A gente tem que falar. A gente tem que ser instrumento. Tem que ser política pública. Tem que colocar pra fora” (**Bárbara em roda de conversa**)

Leide, destacou que após sofrer tanto, internada por 7 vezes no hospital psiquiátrico, renasceu das cinzas, sendo parida novamente pela Reforma Psiquiátrica, movimento ao qual, orgulhosamente faz parte e tem como bandeira de luta o autocuidado - causa que a faz viajar pelo Brasil afora, a conecta com muitas mulheres das quais ela continua cuidando e a permite cuidar do seu marido que também adoeceu.

“Eu como técnica de enfermagem, e de ter passado por tantas desgraças. Vivi num processo metamorfofísico até virar sujeita de direitos, educadora social, professora, sim, de loucura. Porque vim do sofrimento para luta!!! Eu sou professora, sim, de vários mestrados e doutorandos do Brasil inteiro e é esse lugar assim que a gente tem que ocupar”. (**Leide em roda de conversa**)

Todos esses debates que surgiram durante as rodas de conversa nos convocam a continuar nos aprofundando as discussões sobre gênero, saúde mental, cuidado, redes de apoio e direito à comunicação e reforçam o quão importante é pensarmos sobre essas áreas com olhares plurais e multidisciplinares.

Parte IV
- Novos Caminhos-

CONCLUSÃO

“A pesquisa é um trabalho que nunca termina, nós é que a finalizamos devido aos prazos”. Não faz muito tempo que ouvi essa frase de uma grande amiga e, ao revisitar a proposta inicial do projeto que construímos, tensionamos e adaptamos ao longo dessa jornada de pesquisa até aqui, é nítido que ainda há muito o que aprender sobre redes de comunicação e cuidado, gênero e saúde mental já que os aprendizados e descobertas nos levam a novos caminhos e possibilidades.

A pergunta central que conduziu nossa trajetória até aqui partiu da curiosidade de saber como se configuram as redes de comunicação e informação sobre cuidado e de que forma as mulheres impactadas emocionalmente pela pandemia acionam e/ou constituem essas redes. Ao conhecer algumas de muitas Kakás, Helenas, Vanessas, Lailas, Bárbaras. Leides, Iolandas, Elianas e tantas outras mulheres com jornadas incríveis e experiências marcantes, nos deparamos com muitas respostas possíveis e novas perguntas, mas algo é certo: as redes de comunicação e cuidado em saúde mental tecidas, criadas e compartilhadas por mulheres são tudo o elas têm quando não há nada de garantias nos direitos conquistados por parte do Estado e das instituições de saúde.

Assim como as mulheres, as redes de comunicação e cuidado em saúde mental são múltiplas. Essas redes podem, num primeiro momento, nascer como um braço direito das instituições de saúde, dentro dos CAPS ou de projetos de extensão, mas se organizam e multiplicam de modo dinâmico. As redes são lugares em que essas mulheres trocam informações, compartilham referências de livros, vídeos, cartilhas, eventos e munidas dessa informação, conseguem sair um pouco da periferia discursiva na busca por posições mais centrais nos espaços em que elas transitam.

É claro que cada experiência é particular, afinal, todas as mulheres se unem em rede por vivências em comum, mas vivem uma história singular. Nem todas as mulheres que compartilharam suas vivências conosco se consideram ativistas e nem todas foram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, passando por uma intensificação de sofrimentos causadas por diversos abusos para somente depois disso conseguirem erguer a voz e lutar pela existência. São diferentes lugares de interlocução e diferentes lugares de fala sobre saúde mental. O fato é que, todas essas mulheres que se fizeram rede pela dor, pela necessidade, entraram em um coletivo e foram puxando outras mulheres e, consequentemente ampliando as

redes, compartilham, além das informações e das batalhas diárias da vida, muito afeto, solidariedade e confiança mútua. Sem isso, talvez as redes não existissem e nem resistissem ao longo do tempo.

Como tivemos limitações de tempo, mudanças no cronograma de pesquisa e desenvolvemos este projeto em condições desafiadoras, impostas pela pandemia de COVID-19 e pela distância física das mulheres que gentilmente contribuíram para esse trabalho e dos coletivos que gostaríamos de ter maior aproximação, infelizmente não conseguimos acolher todos os perfis de mulheres que imaginamos para nossas rodas. Nesse sentido, um caminho para trilharmos futuramente é pensar na configuração dessas redes fora do âmbito virtual. O que notamos é que, as redes tecidas nas esferas virtuais e mediadas pelas tecnologias e dispositivos de comunicação coexistem com as redes presenciais sendo impulsionadas no ciberespaço devido à pandemia. Ao mesmo tempo, em que isso gera muita potência do alcance dessas redes no caso das mulheres que não têm apoio institucional e/ou aprendem a lidar com situações que demandam muito delas, no dia a dia, a exclusão digital é uma limitação muito grande e precisa ser pauta na agenda política para ampliar as possibilidades de cuidado e acesso à informação onde a Rede de Atenção Psicossocial não chega ou é insuficiente. Judete Ferrari, psicóloga e militante da saúde mental, afirma que no contexto político e social em que vivemos, as tecnologias aliadas às redes sociais e ferramentas de conexão on-line possibilitaram a nutrição de uma cultura de resistência popular contra os desmontes em saúde mental. Esse pensamento nos provoca a pensar sobre a importância do direito à comunicação e às consequências da negação deste direito que se soma a tantos problemas nos tempos em que vivemos.

As feridas reabertas pela pandemia são historicamente criadas e nutridas por sistemas de dominação que estão enraizados no colonialismo, na opressão, na formação histórica do Brasil, cuja história foi escrita em cima de muito sangue derramado, genocídio orquestrado e muita violência. Há quem diga que além de uma política genocida (ou necropolítica, conforme Mbembe), a atuação do Estado brasileiro desde 2018 vem sendo orientada por um olhar eugenista. A Eugenia é “sustentada por um conjunto de teorias científicas, políticas e sociais” que prometem “criar uma inovadora engenharia racional capaz de produzir um novo homem, eliminando as imperfeições hereditárias e estimulando o desenvolvimento de suas habilidades físicas e mentais” (SOUZA; WEGNER, p.328, 2014). O ápice do movimento, segundo Souza e Wegner (2014), foi no século XX, durante o “complexo contexto das duas Guerras Mundiais que foram, fortemente estimuladas pelos ideais nacionalistas, pelo racismo, pela crença na capacidade da ciência resolver problemas sociais e biológicas considerados urgentes” e se

expressou por meio da “promoção de práticas, leis e medidas radicais que tiveram consequências catastróficas na humanidade”(SOUZA; WEGNER, p.329, 2014) como o Holocausto Nazista, por exemplo, cujo objetivo era banir as raças “impuras” e se inspirou fortemente na chamada “política de esterilização eugênica” que exterminou milhões de judeus, ciganos, pessoas com transtornos mentais, prisioneiros de guerras, comunistas e pessoas que se encaixam no que chamamos hoje de comunidade LGBTQIAP+.

Por diversas vezes, o ex-líder do executivo insultou publicamente mulheres, elogiou torturadores, opositores políticos, insultou a violência e demonstrou desprezo aos moradores de favela e grupo mais pobres não só em sua perspectiva pessoal, mas na condução das ações do Estado e atacou tudo o que foi construído com a proposta da Reforma Psiquiátrica, sob muita luta dos movimentos populares em saúde e dos ativistas na saúde mental, pensamos que os monstros do passado não só revisitam a atualidade da nossa história como colocam em cheque todos os avanços e conquistas que o movimento feminista e os movimentos sociais trouxeram de avanços para a vida e a saúde das mulheres. Com os ataques direcionados, sistematicamente, à saúde mental e à tentativa de revogação de todas as portarias que garantem, constitucionalmente, o projeto de Reforma psiquiátrica, a ameaça lançada por um governo de extrema-direita, em um momento tão difícil, corresponde ao retrocesso de 40 anos de luta no campo da saúde mental, e da Luta Antimanicomial.

Ousamos dizer que as redes tecidas, compartilhadas e organizadas por mulheres que cuidam e precisam se cuidados são uma resposta a tantas ausências. As histórias e trajetórias das mulheres ouvidas ao longo deste percurso nos mostraram o quanto a comunicação é importante e o exercício do direito à voz é um grito entalado em meio a tanto abandono. Falar e reivindicar direitos não o garante necessariamente, mas as mulheres que participam de redes de comunicação sobre cuidado se ajudam com trocas de saberes, reinventam as possibilidades de cuidado em saúde mental, se incentivam e assumem uma posição de protagonismo. Essas descobertas reforçam o que aprendemos com Sérgio Arouca e outros sanitaristas sobre o fato de não existir saúde mental sem democracia e da impossibilidade de existir democracia sem comunicação. Os campos são distintos, mas se complementam em redes, já que a comunicação é o combustível para que as mulheres que cuidam das pessoas que amam e trocam cuidados entre se reconhecerem enquanto sujeitos de direitos e fortalecerem suas lutas pela existência e sobrevivência.

Além de nos aprofundarmos sobre a conexão entre as redes de comunicação e apoio de mulheres e a reivindicação do direito à saúde por meio do direito à comunicação, esta pesquisa nos apontou a necessidade de compreender, em estudos futuros, as condições de acesso à saúde

mental das mulheres que cuidam e das mulheres em sofrimento em uma perspectiva interseccional. A perspectiva interseccional é fundamental quando pensamos no direito ao cuidado, nas produções de saúde e doença, nos marcadores sociais e nos determinantes sociais em saúde, nas desigualdades e na negação do direito à voz e, se tratando de uma pesquisa de mestrado, não demos conta de explorar todas as desigualdades e vivências que afetam as mulheres que cuidam ou são cuidadas em sua totalidade.

Por fim, também pensamos que, além de configurar as redes de apoio das mulheres a partir da perspectiva da comunicação e informação em saúde, sentimos a necessidade de lançar luz sobre as potências comunicacionais que emergem das redes de comunicação tecidas a partir de saberes populares e coletivos e que nos convidam a mergulhar em outros olhares sobre as produções de sentidos acerca do cuidado, da saúde mental e das articulações sobre gênero e saúde. Buscar todas essas respostas talvez possa parecer ser uma utopia, mas como diz Eduardo Galeano “A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.³⁷ Seguimos!

POST -SCRIPTUM

A escolha de ouvir mulheres que cuidam e requerem cuidados em saúde mental foi muito feliz nesta minha jornada como aspirante a pesquisadora. Agradeço às pulgas atrás da orelha colocadas por uma entrevista de Melissa, concedida para a minha pessoa em 2019, com uma fala que destaco a seguir:

Não é curioso que a única política que tenha chegado às mulheres seja o manicômio? Essa é uma política, é uma estratégia. Discutir essa problemática entendendo as questões de gênero, classe e raça é não só fazer uma reflexão intelectualizada ou acadêmica. Ela envolve uma revisão dos nossos lugares no mundo e de que lugares a gente fala, a gente tem vantagens sociais e quem está nas desvantagens sociais a partir desses lugares. [...] São essas mulheres consideradas loucas que são institucionalizadas... são internadas. Elas também têm muito a ensinar para a gente e podem falar por si próprias. (PEREIRA, 2019, entrevista concedida a Bruna Martins Oliveira)

De fato, todas as mulheres, institucionalizadas ou não. Mulheres que precisam de cuidados e que cuidam podem e devem falar por si próprias e, nesta caminhada, aprendi com a querida professora Inesita que poderíamos trabalhar com uma metodologia mais inclusiva, que

³⁷ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs>

respeita o direito à voz e busca inspiração nos olhares decoloniais. Isso me encantou e me apresentou um novo modo possível de pensar nos caminhos acadêmicos, conectando com o que vivo, com o que sou e com o que aprendi e continuo a aprender com diversas mulheres que são invisibilizadas e esquecidas, mas que existem, resistem, são professoras, sábias, curandeiras, escutadeiras e acolhedoras.

Há um trecho da música *Principia*, do rapper Emicida, com participação do Pastor Henrique Vieira, que diz o seguinte: “Tudo o que nós tem é nós”³⁸ e, enquanto eu pensava sobre as redes que conheci, gestadas, organizadas e multiplicadas por mulheres, essas palavras me tocaram profundamente, justamente pelo fato das mulheres que compõem essas redes irem em busca de tudo o que é negado a elas quando estão juntas. Eu, mesma, criei redes a partir do mergulho, ainda que breve, nas redes que surgiram a partir dessa jornada e isso me trouxe aprendizados que carregarei para uma vida inteira. Me vi nessas mulheres e me descobri mais ainda como uma dessas mulheres, mesmo que nossas vivências não sejam exatamente as mesmas.

Com Eliana, fui provocada a pensar sobre o que podemos fazer com uma dissertação de mestrado na prática. Nas palavras dela, “o saber oral não tem valor, o sentido e pensado só é valorizado quando escrito” e uma dissertação como esta poderia virar livro, cartilha e material de luta e fortalecimento para mulheres que lutam para serem vistas pelas políticas públicas.

Com Leide, aprendi, ainda mais sobre a importância de não parar nunca de aprender, valorizar a escuta e reafirmar o compromisso ético e político por uma sociedade menos desigual, mais justa, menos preconceituosa e menos manicomial por meio das oportunidades que tenho acesso. Leide é uma grande professora, professora de loucura, como ela mesmo diz e professora da vida. Me sinto honrada pelo cruzamento de nossos caminhos. Um xêro, Leide!

Com Bárbara, aprendi que nós também podemos ser vulneráveis e que o direito ao cuidado se faz com muita luta, mas que também é preciso aquietar o coração, sentir o mar de emoções e deixar todas essas informações fluírem. Também aprendi com Bárbara o significado da palavra resiliência.

Com Vanessa, aprendi que é possível continuar acreditando na juventude, da qual faço parte, e que os profissionais de saúde da nova geração têm uma oportunidade e uma missão gigante: a de aprender a ser humano e de respeitar o humano, conectando a teoria, mas sem esquecer do que está por trás do sofrimento.

³⁸ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=h8gotN_Na28

Com Kaká, aprendi que colocar pimenta nas rodas de conversa é fundamental e que sim, precisamos nos posicionar pela gente e pelos nossos Queridos. E para se posicionar onde não nos querem, uma dose de alegria e ousadia sempre vão bem.

Com Helena, aprendi que é preciso ter calma e respirar para cuidar, mas também para se permitir ser cuidada. Com Laila, aprendi que nossa voz também é escrita e que definitivamente ninguém é e nem se limita a um CID.

Com Iolanda, aprendi que é preciso ter muita coragem para lutar contra as quimeras diárias e, mais ainda para ocupar os espaços. A lista de aprendizados não para por aqui, obviamente, mas este texto precisa dar lugar a novos rumos.

REFERÊNCIAS

- ACNUR. **Violência contra a mulher aumenta durante a pandemia de Covid-19.** Disponível em: < <https://www.acnur.org/portugues/2020/11/25/violencia-contra-a-mulher-aumenta-durante-a-pandemia-de-covid-19/>>. Acesso em: nov. 2021.
- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única.** Companhia das Letras, 2019.
- AFONSO, Maria Lúcia; ABADE, Flávia. **Para reinventar as Rodas.** Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.
- AGÊNCIA IBGE. **Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado com pessoas.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>> Acesso em: nov.2021.
- AGÊNCIA IBGE. **Estatísticas de Gênero: ocupação das mulheres é menor com crianças de até três anos.** Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30172-estatisticas-de-genero-ocupacao-das-mulheres-e-menor-em-lares-com-criancas-de-ate-tres-anos>>. Acesso em: nov. 2021.
- AGÊNCIA IBGE. **Um em cada 4 brasileiros não têm acesso à internet, mostra pesquisa.** Disponível em: < <https://agenciabrasil.etc.com.br/economia/noticia/2020-04/um-em-cada-quatro-brasileiros-nao-tem-acesso-internet> > Acesso em: nov. 2021.
- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade.** Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- AMARANTE, Paulo. (org), Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, políticas e instituições:** programa de educação à distância. Rio de janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. vol 2.
- ANTUNES, André. **Vem aí o golpe de morte na Reforma Psiquiátrica?** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/vem-ai-o-golpe-de-morte-na-reforma-psiquiatica>. Acesso em: mai 2022.
- ARAUJO, Inesita Soares. **A Reversão do Olhar:** prática comunicativa e produção de sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.
- ARAUJO, Inesita Soares. **Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde.** 2009. Disponível em:< <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/827>> Acesso: set. 2022.

ARAÚJO, Inesita Soares. Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder—Um modelo de comunicação para políticas públicas. 2002. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/Tese%20doutorado_Inesita%20Araujo.pdf> Acesso em: jul. 2022.

ARAÚJO, Inesita Soares. **Mercado Simbólico**: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v.8/14, p.165-178, 2004.

ARAÚJO, Inesita Soares. **Os tambores do Olimpo e os tambores da Grécia**: por melhores lugares de interlocução. Os mundos das mídias: leituras sobre a produção de sentidos midiáticos, v. 3, p. 233-251, 2006.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**: Desafios para um Pensar-Fazer em Sintonia com o SUS. Educação e Promoção da Saúde: Teoria e Prática. São Paulo: Santos, 2015.

ARAÚJO, Inesita Soares; CORDEIRO, Raquel Aguiar. **A pandemia e o pandemônio**: Covid-19, desigualdade e direito à Comunicação. **Chasqui**. n. 145, p.215-234, 2020. Disponível em: <<https://revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/4363>>. Acesso em: out. 2021.

ARAÚJO, Inesita Soares; MADEIRA, W. **Estratégias discursivas e (des) colonização da enunciação**: as Conferências de Saúde como campos de batalha. Mediações comunicativas da saúde (165-190). Rio de Janeiro: Multifoco, 2017.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

AROUCA, Sérgio. **Democracia é Saúde**. Youtube, 6 de set 2013. **Vídeo Saúde Distribuidora Fiocruz**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Acesso em: out. 2022.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948. Declaração dos Direitos Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>>. Acesso em: nov. 2021.

BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**. n. 11, p. 89-117, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-33522013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: ago. 2022.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARRETO, Adalberto de Paula. Terapia comunitária passo a passo. In: **Terapia comunitária passo a passo**. 2005. p. 335.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo** (1949). trad. Sérgio Milliet, v. 4, 1980.

BIROLI, Flávia. **Gênero e Desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BORBA, Rodrigo. **‘Fora, Bolsonaro genocida!’: COVID-19 conspiracy theories, neo-nationalism and neoliberal necropolitics in Brazil. A reply to Kalil et al** (2021). *Global Discourse*, v. 11, n. 3, p. 427-431, 2021.

BOURDIEU, Pierre. **Le champ scientifique. Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 2, n. 2, p. 88-104, 1976.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**; tradução. Fernando Tomaz, v. 16, 1998.

BURSZTYN, Daniela Costa. **Mulheres Cuidadoras na Atenção Psicossocial**. Projeto de Extensão. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2022.

BRAGA, José Luiz. Os estudos de interface como espaço de construção do Campo da Comunicação. **Revista Contracampo**, n. 10/11, p. 219-236, 2004. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/contracampo/article/view/17381/11018> Acesso em: ago. 2022.

BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. **Gênero e saúde: uma articulação necessária**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **DECRETO Nº 21.076, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1932**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21076-24-fevereiro-1932-507583-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: dez. 2021

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Estudo técnico nº16/2020. Execução Orçamentária de Ações de Combate à Violência contra as mulheres**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2020/ET16_Violencia_MULher.pdf> Acesso em: nov. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: nov. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 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: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: maio 2022.

BRASIL. **LEI Nº 4.121, DE 27 DE AGOSTO DE 1962**. Situação jurídica da mulher casada. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14121.htm> Acesso em: dez. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 6.515, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1977**. Regula os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16515.htm> Acesso em: dez. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 7/2020-CONEP/SECNS/MS**, 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_7_2020.pdf>. Acesso em: nov. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Relatório Final. **Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021)**. Brasília; 2021. 1288 p. Disponível em:< <https://static.poder360.com.br/2021/10/relatorio-final-renan-calheiros-cpi.pdf>>. Acesso em: nov. 2022.

BRITO, Raquel Cardoso et al. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**, p. 115-129, 1999.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Trad. Fernanda Siqueira Miguens. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão de identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Vida precária**. Contemporânea- Dossiê Diferenças e Desigualdades. n. 1, p. 13-33. Jan/Jun., 2011. Disponível em: <<https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18/3>>. Acesso em: fev. 2022.

CAMPOS, Flávia. **Coragem – substantivo feminino**. 1ª Ed, Editora Patuá, 2020.

CARDOSO, Janine; SACRAMENTO, IGOR. Desafios da interdisciplinaridade no programa de pós-graduação em informação e comunicação em saúde/Fiocruz. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. 19, n. 35, 2020. Disponível em: <https://revista.pubalaic.org/index.php/alaic/article/view/683>. Acesso em: jul 2021.

CARVALHO, Antonio Ivo. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8pmmy>. Acesso em: nov 2021.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2017.

CHADE, Jamil. **Índigenas denunciam Bolsonaro em Haia por genocídio e citam ex-Iugoslávia**. 2021.

COLLUCCI, Cláudia. **Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental.** Folha de São Paulo. São Paulo. 07 de dez. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml> . Acesso em: abr 2021.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. VV. AA. **Cruzamento: raça e gênero.** Brasília: Unifem, v. 1, n. 1, p. 7-16, 2004. Disponível em: < <https://static.tumblr.com/7symefv/V6vmj45f5/kimberle-crenshaw.pdf> > Acesso: 20 jul. 2022

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, educação e saúde, v. 18, 2020.

DA SILVA, Laís Mendes; DE OLIVEIRA, Candice Santana Souza. **Lugar de mulher louca é ocupando os espaços: uma releitura do campo da saúde mental e do adoecimento psíquico em mulheres sob o viés de gênero, raça e classe.** Disponível em: < <https://www.sinteseeventos.com/site/redor/G7/GT7-23-Lais.pdf> >. Acesso em: ago. 2022.

DAYRELL, Carlos. **Aspectos polêmicos do estatuto jurídico da mulher casada: Lei nº 4121,** de 27-8-62. Revista de informação legislativa, v. 8, n. 31, p. 79-100, jul./set. Goiás, 1971. Disponível em:< <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/180500> > Acesso em: out. 2021.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/nec/a/ytPjkXXYbTRxnJ7THFDBrgc/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: out. 2021.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura. **A cruel pedagogia do vírus.** Boitempo Editorial, 2020.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura. **Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos** [livro eletrônico] / Boaventura de Sousa Santos. -- 1. ed. -- São Paulo: Cortez, 2014. 1,8 Mb; e-PUB

DIAS, Bruno Santos Nascimento. **América Latina por uma epistemologia decolonial da comunicação.** Brazilian Journal of Latin American Studies, v. 19, n. 38, p. 46-74, 2020. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/prolam/article/view/170987> > Acesso em: maio 2022.

EVARISTO, Conceição. **A escrevivência e seus subtextos. Escrevivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo,** p. 26-47, 2020. Disponível em: <<https://www.itausocial.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Escrevivencia-A-Escrita-de-Nos-Conceicao-Evaristo.pdf#page=27>> Acesso em: ago. 2022.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas.** Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FEDERICI, Sílvia. **Eles chamam de amor, nós chamamos de trabalho não remunerado.** Youtube. jul. 2020. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=bFSI4nEB6jI>>. Acesso em: set. 2022.

FEDERICI, Sílvia. **O ponto zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Tradução de Coletivo Sycorax, São Paulo, Elefante, 2019.

FELINTO, Erik. **Patologias no sistema da comunicação: ou o que fazer quando seu objeto desaparece**. FERREIRA, G. e MARTINO, LC **Teorias da Comunicação**. Salvador: Ed. UFBA, 2007.

FERRARI, Judete; ALMEIDA de, Neli; Curso de Extensão Mulheres Cuidadoras na Atenção Psicossocial 6ª aula: **Redes de Apoio e Cuidado Comunitário: grupos on-line, ajuda mútua e convivência**. 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5aUnHAqqqHw>. Acesso em: nov. 2022.

FERREIRA, Verônica Maria et al. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências**. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29595>>. Acesso em: out. 2022.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Artmed editora, 2008.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 3ª Edição Datafolha Instituto de Pesquisas**. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-3a-edicao-datafolha-fbsp-2021/>. Acesso em: mar. 2020.

FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. **Global Gender Gap 2020**. Disponível em <https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf>. Acesso em: out. 2021

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 9ªed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Ordem do discurso (A)**. Edições Loyola, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GARCIA, Carla Costa et al. **Comunicação e desrazão entre contextos e mediações, o direito a voz da pessoa com esquizofrenia**. 2017. Tese de Doutorado. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23610>> Acesso em: nov. 2022.

GÊNERO E NÚMERO E Sempre Viva Organização Feminista. **Sem Parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia**. Disponível em:< <https://mulheresnapandemia.sof.org.br/> >. Acesso em: out. 2021.

GERSCHMAN, Silvia. **Os Movimentos Sociais em Saúde: questões teórico-metodológicas para a história brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2021.

GONÇALVES, Ana Martins. **A mulher que cuida do doente mental em família**. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GONZALEZ, LÉLIA. **Por um feminismo afro-latino-americano**. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento Feminista Hoje: Perspectivas Decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020

GUATTARI, Félix; MICROPOLÍTICA, Rolnik S. **Cartografias do desejo**. 12° ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. Cadernos pagu, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>>. Acesso em: ago. 2022

HENRIQUES, Simeone, Márcio. **A cultura e o poder na relação entre organizações e comunidades: aspectos reveladores**. In: MARCHIORI, Marlene et al. **Sociedade, comunidade e redes**. Difusão Editora, 2014.

HILL COLLINS, Patricia. **Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment**. Nova Iorque: Routledge, 2000.

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais**. Tempo Social Revista de Sociologia da USP, v. 26, n. 1, p. 61-73, jun. 2014.

HIRATA; Helena Sumiko; GUIMARÃES; Araujo Nadya. **O Gênero do Cuidado: desigualdades, significações e identidades**. Cotia, SP. Ateliê Editorial, 2020.

HOOKS, Bell. **Ensinando comunidade: uma pedagogia da esperança**. Tradução: Kenia Cardoso. São Paulo: Elefante, 2021

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras/ bell hooks**; tradução Ana Luiza Libânio - 5ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

IPEA. **Atlas da Violência 2021**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes> Acesso em: nov. 2021.

IPEA. **Pandemia afetou mais o trabalho de mulheres, jovens e negros**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/210512_bmt_71_not_a_tecnica_a3.pdf>. Acesso em: nov. 2021.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano**, Trad. Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KRUG, Etienne G et al. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em:<<https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>>. Acesso em: out. 2021.

KUCINSKI, Bernardo. LIMA, Venício A. de. **Diálogos da perplexidade: reflexões críticas sobre a mídia**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

LAURETIS, Teresa De. **A tecnologia do gênero**. Tradução de Suzana Funck. In: HOLLANDA, Heloisa (Org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206- 242.

LÉON, Osvaldo. **Para uma agenda social em comunicação**. Palestra proferida em fevereiro de 2002 no II Fórum Social Mundial, em Porto Alegre. In: MORAES, Dênis de (org). **Por uma outra comunicação: mídia, mundialização cultural e poder**. Rio de Janeiro: Record, 2003, p. 401-414.

LORDE, Audre. **Sister outsider: essays and speeches**. Crossing Press, 2007.

MAGALDI, Felipe. **Mania de liberdade: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

MARQUES, Melanie Cavalcante; XAVIER, Kella Rivetria Lucena. A gênese do movimento feminista e sua trajetória no Brasil. **VI Seminário CETROS" Crise e Mundo do Trabalho no Brasil: desafios para a classe trabalhadora"**. Itaperi (CE)-Universidade Estadual do Ceará, 2018.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. [Rio de Janeiro, RJ]: Zahar, 1967.

MATOS, Heloiza. **Capital social e comunicação: interfaces e articulações**. Summus, 2009.

MBEMBE, Achille. **A Necropolítica**. Arte e Ensaios. Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, nº 32, dezembro de 2016. Disponível em:
<<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>>. Acesso em: dez. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo, 2018.

MELO, Bernardo Dolabella et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. 2020.

MESSENDER, Aldir; Suely. **A pesquisadora encarnada: uma trajetória decolonial na construção do saber científico blasfêmico**. P.179 – 200. (In: **Pensamento feminista: perspectivas decoloniais**. Org: Buarque de Hollanda, Heloisa [et al] 1ª ed – Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2020.

MIGNOLO, Walter. **Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad**. Argentina: Ediciones del signo. 2010.

MINAYO, Souza de Cecília Maria; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MOHANTY, Chandra Talpade. **Bajo los ojos de occidente: feminismo académico y discursos coloniales. Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes**, p. 112-161, 2008. Disponível em:
<https://www.feministas.org/IMG/pdf/articulo_libro_descolonizando_el_feminismo-.pdf>
Acesso: 20 jul. 2022.

MOURA, Adriana Ferro; Lima, Maria Glória. **A reinvenção da roda. Roda de conversa: um instrumento metodológico possível**. Revista Temas em Educação, v.23, n.1, p. 98-106, jan.-jun. 2014. Disponível em:<
<https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>> _Acesso em: nov. 2021.

NAFFAH NETO, Alfredo. **O estigma da loucura e a perda da autonomia**. Revista Bioética, São Paulo, v. 6, n.1, p. 1-5, 2016.

OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES. **Pobreza, substantivo feminino**. Boletim Nº8, 2020. Disponível em: <<https://observatoriodesigualdades.fjp.mg.gov.br/?p=935>> Acesso em: 10 fev. 2022.

OLIVEIRA, Barros Maria. Helena; TELES, Nair; CASARA, Rubens. **Direitos Humanos e Saúde**: reflexões e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2021.

OLIVEIRA, Bruna Martins. **Mulheres pobres, negras e “loucas” invisibilizadas na mídia**. Brasil, 2019. OBSERVATÓRIO DA IMPRENSA. 2019, nº 1039. Disponível em: <<https://www.observatoriodaimprensa.com.br/dilemas-da-imprensa/mulheres-pobres-negras-e-loucas-invisibilizadas-na-midia/>>. Acesso em: dez. 2022.

OLIVEIRA, Fatine Conceição; MANTOVANI, Camila Maciel Campolina Alves. **Diálogos em isolamento**: observação das experiências de mulheres com deficiência no Instagram durante a pandemia. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 776-789, jul./set. 2021.

ONU Brasil. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: set. 2021.

ONU Mulheres- **Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta ao COVID-19**. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf> Acesso em: set. 2020.

OPAS. **Considerações Psicossociais e de Saúde Mental durante o surto de COVID-19**. 18 de março de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: set. 2021.

OPAS. COVID-19. **Intervenções Recomendadas em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) durante a Pandemia**. Junho de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHMHCVID-19200026_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: set. 2021.

OPAS. **Folha Informativa de gênero** (Agosto de 2015). Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>> Acesso em: set. 2020.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. Editora da UNICAMP, 2007.

OS INSÊNICOS TEATRO. **Memórias Insênicas – Leide Xuxu Beleza**. Youtube. Nov. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=iMXYggNTvRI>>. Acesso em: set. 2022.

OXFAM BRASIL. **Tempo de cuidar**: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. Documento informativo da Oxfam, janeiro de 2020. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/publicacao/tempo-de-cuidar-o-trabalho-de-cuidado-nao-remunerado-e-mal-pago-e-a-crise-global-da-desigualdade/>>. Acesso em: maio 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O QUE É SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. **Tempos de reforma: a Atenção Primária à Saúde na formulação do SUS (1979-1990)** (cap. 4). In: Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira. São Paulo: Ed. Hucitec, 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 15-36, 2014.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Maternalismos e reforma psiquiátrica brasileira: uma análise da participação das mulheres no desmonte da lógica manicomial**. Trabalho apresentado no X Seminário Internacional Fazendo Gênero. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1386178874_ARQUIVO_RachelGouveiaPassos.pdf> Acesso em: ago. de 2022.

PATROCINIO, Stela. **Reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Rio de Janeiro: Azougue, 2009.

PEDRO, Joana Maria. **O feminismo de segunda onda: corpo, prazer e trabalho**. Nova História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, p. 238-259, 2012.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **A contrarreforma psiquiátrica**. Folha de São Paulo. São Paulo, 11 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.quatrocincoum.com.br/br/artigos/politica/a-contrarreforma-psiquiatica>. Acesso em: ago. 2022.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência**. Rio de Janeiro, RJ: Autografia, 2020.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e reforma psiquiátrica brasileira: Experiências e agir político**. 2019. Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44282/2/melissa_pereira_ensp_dout_2019.pdf Acesso em: mar. 2022.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Psicofármacos e Mulheres brasileiras: sobre o que nos fala essa relação?** Mad in Brasil, Brasil. 06 nov.2019. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2019/11/psicofarmacos-e-mulheres-brasileiras-sobre-o-que-nos-fala-essa-relacao/> Acesso em: set. 2022

PEREIRA, Melissa de Oliveira.; PASSOS, Rachel Gouveia. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia. 2017.

PINHEIRO, Luana; SOARES, Vera. **Brasil retrato das desigualdades gênero raça**. 2003. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/primeiraedicao.pdf>> Acesso em: nov. 2021.

PISTICELLI, Adriana. **Gênero: a história de um conceito**. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José Eduardo. Diferenças, igualdade. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009, p. 116-148

PLATAFORMA Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>> Acesso em: set. de 2021.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Grávidas e puérperas brasileiras são as que mais morrem por coronavírus.** Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/gestantes-puerperas-morrem-por-coronavirus-no-brasil>> . Acesso em: nov. 2021.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidad y modernidad-racionalidad**, 2005. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/36091067/Anibal-Quijano-Colonialidade-e-Modernidade-Racionalidade>>. Acesso em jul. 2022.

RECUERO, Raquel. **A conversação em rede:** comunicação mediada pelo computador e redes sociais na internet. Porto Alegre, RS: Sulina, 2012. 238 p. Coleção Cibercultura.

RIBEIRO, Djamila. **O que é Lugar de Fala?** Belo Horizonte (MG): Letramento: Justificando, 2017.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SAFFIOTI, Helleieth Iara. **O Poder do Macho.** São Paulo: Editora Moderna, 1987.

SANTAELLA, Lucia. **A relevância das comunidades virtuais na cultura organizacional.** In: MARCHIORI, Marlene et al. **Sociedade, comunidade e redes.** Difusão Editora, 2014.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira.** Editora: Editorial Caminho, 2nd ed. edição, 1995.

SARDENBEG, M.B, Cecília; TAVARES, Márcia S. (Org.) **Violência de gênero contra mulheres:** suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Bahia: Edufba, 2016.

SARMENTO, Rayza et al. **Zika vírus e microcefalia nos discursos de mulheres no jornalismo e no Facebook.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 15, n. 2, 2021.

SCOTT, Joan. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. 20 (2):71-9. Jul/Dez 1995. Revista Educação & Realidade. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/71721/40667>>. Acesso em: out. 2021.

SERAFIM, Antonio P. et al. **Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population.** PloS one, v. 16, n. 2, p. e0245868, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245868>

SHANNON, C. E.; WEAVER, W. *The Mathematical Theory of Communication*. Urbana: University of Illinois Press, 1949.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de; WEGNER, Robert. **História da Eugenia: Contextos, Temas e Perspectivas Historiográficas**. HOCHMAN, Gilberto; TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado. *História da Saúde no Brasil (Orgs.)*. São Paulo, Hucitec, 2018, p. 328-355.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar**. UFMG, 2010.

STEPAN, Nancy Leys. **Eugenia no Brasil, 1917-1940**. In: HOCHMAN, Gilberto (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 331-392

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. **Direito à Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

THÉBAUD, Françoise. **Mulheres, cidadania e Estado na França do século XX**. *Tempo*, n. 10, p. 1-17, 2000. Disponível em: https://www.historia.uff.br/tempo/artigos_livres/artg10-7.pdf. Acesso em: nov de 2021.

UNFPA. **Violência de gênero**. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/topics/violencia-de-genero>. Acesso em: out de 2021.

UNESCO. **Um mundo, muitas vozes: comunicação e informação na nossa época**. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

UNFPA. **Em um ano de pandemia, Fundo de População da ONU estima que interrupções em serviços levaram a 1,4 milhão de gravidezes não intencionais**. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/em-um-ano-de-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu-estima-que-interrupcoes-em-servicos-levaram-14>. Acesso em: out de 2021.

UNFPA; UNICEF. **Pobreza menstrual no Brasil – desigualdades e violações de direitos**. Maio de 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual_relatorio-unicef-unfpa_mai2021.pdf. Acesso em: 10 de fev.2022.

VALOR ECONÔMICO. **Bolsonaro veta agenda 2030 da ONU em plano plurianual**. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/12/30/bolsonaro-veta-agenda-2030-da-onu-em-plano-plurianual.ghtml>. Acesso em: out de 2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: para participantes de grupos. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ, 2013.

Vozes da Democracia: histórias da comunicação na redemocratização do Brasil. -- São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: Intevozes - Coletivo Brasil de Comunicação Social, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Covid-19: OMS divulga guia com cuidados para saúde mental durante pandemia**. 2020, Março, 18; 2020, Abril, 29. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707792>. Acesso em: fev 2022.

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

ZANELLO, Valeska. **A Prateleira do amor sobre mulheres, homens e relações**. 1 ed- Curitiba: Appris, 2022.

ZANELLO, Valeska. ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018

ANEXO A - MODELO DE TCLE



Você está sendo convidada como voluntária para participar da pesquisa “**Mulheres em rede: comunicação, cuidado e saúde mental em tempos pandêmicos**”. A pesquisa é uma proposta apresentada ao curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Informação em Comunicação em Saúde (PPGICS), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Ao entender que a pandemia afeta as mulheres de forma desigual e aprofunda as desigualdades de gênero que já existiam e que, no Brasil, as desigualdades são influenciadas por fatores como classe social, raça, orientação sexual, condições de acesso à moradia e à saúde, as mulheres estão entre os grupos mais vulnerabilizados e expostos não só às ações de um vírus letal que não é democrático, como também a situações de violência doméstica, desemprego, fome, atribuição exclusiva às funções de cuidado e outras situações que afetam a saúde física e mental das mulheres.

O objetivo central desta pesquisa é compreender como as mulheres acionam e constituem a dimensão comunicacional das redes de apoio para lidar com saúde mental em meio à pandemia e, em um segundo momento, configurar as redes de apoio das mulheres a partir de uma perspectiva de comunicação e informação em saúde.

Deste modo, espero contribuir para os debates sobre saúde mental e gênero, com foco na mulher e suas singularidades dentro do campo da comunicação e entender como o exercício do direito à comunicação se relaciona com as redes de apoio saúde mental das mulheres. Nossa proposta é experimentar uma metodologia inclusiva. Por isso, adotei metodologia de conversação. Após explicar o objetivo da pesquisa e fazer o convite, quero te convidar a participar de três rodas de conversas coletivas com outras mulheres que será realizada on-line. Em um terceiro momento, proponho um terceiro encontro para aprofundarmos nossas conversas e conversar sobre as impressões dos encontros.

Pretendo trabalhar com um grupo composto por 10 mulheres, sendo 5 mulheres que já faziam parte de alguma rede de apoio e 5 mulheres que buscaram algum grupo durante a pandemia. Além de recorrer às instituições apresentadas a seguir, trabalharei com o método bola de neve que consiste na indicação de potenciais participantes a partir das que já aceitaram o convite.

A duração das rodas de conversa poderá variar entre 40 minutos e duas horas. Você poderá falar sobre qualquer assunto, tirar dúvidas e fazer observações a qualquer momento. Quero destacar que sua autonomia é muito importante e será respeitada durante todas as fases desta pesquisa. Por isso, garanto o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos que forem necessários além deste TCLE. Estarei à disposição para tirar dúvidas antes, durante e depois da sua participação. Você também tem o direito de retirar seu consentimento sobre a participação da pesquisa a qualquer momento sem precisar de justificativa.

BENEFÍCIOS RISCOS

Entre os **benefícios** para participar dessa pesquisa, destaco o fato de entender que você é protagonista neste processo. Por esse motivo, participar das rodas de conversação é ter a oportunidade de ser ouvida, criar vínculos com outras mulheres que estão passando por momentos semelhantes, trocar experiências e ter um espaço de acolhimento e diálogo para falar sobre as questões que afligem a vida.

Como toda pesquisa apresenta **riscos**, alerto que a participação nas rodas de conversa também pode desencadear alguns desconfortos em relação à exposição das questões emocionais e das experiências vivenciadas neste período pandêmico. Para reduzir esses riscos, podemos fazer pausas durante a atividade e, se for preciso, interromper sua participação.

Considero que a pesquisa tem um nível de **risco baixo**, uma vez que a participante poderá desistir da pesquisa a qualquer momento caso não se sinta confortável e que o objetivo da roda de conversa é construir um espaço de acolhimento. Você também tem o direito de não responder as perguntas, caso não deseje. Reforçamos que somente participarão da roda de conversa coletiva as mulheres que estiverem totalmente cientes da proposta e concordarem em participar da pesquisa no contato de aproximação, inclusive cientes do tema e do que se espera delas. Não selecionaremos nenhuma participante sem cumprir este critério.

Conforme pontuamos no item sigilo e privacidade, todas as participantes que aceitarem fazer parte da pesquisa terão sua identidade preservada. Caso seja autorizado, gravarei as rodas de conversa em áudio e vídeo. São alternativas: gravar apenas o áudio ou fazer anotações a partir da conversa. Só procederemos a qualquer prática de registro com a anuência das participantes. As mulheres não serão identificadas caso não desejem e, se for o caso, podemos adotar pseudônimos. Também reforço que o sigilo e anonimato das participantes serão mantidos com relação à divulgação dos resultados da pesquisa.

A proposta está em conformidade com o item IV do Art.2º que trata da confidencialidade como “garantia de resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra sua

revelação não autorizada” descrita na Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Como a **pesquisa** será realizada em **ambiente virtual**, é necessário pontuar que há alguns **riscos** neste tipo de ambiente como: exposição da imagem da participante, cansaço devido ao tempo disponível para a conversa nas telas, possíveis desconfortos devido ao formato não presencial, sentimentos como vergonha, timidez e/ou estresse.

Estes riscos são naturais devido às limitações das tecnologias utilizadas. No entanto, para minimizá-los no ambiente de virtual, nos comprometemos com as seguintes ações: garantia da retirada do consentimento ou interrupção da participação caso a participante desista do estudo, garantia de pausas para descanso caso a conversa fique muito longa, construção e garantia de um ambiente que respeita a privacidade e tem uma abordagem humanizada. Iremos optar pela escuta atenciosa da participante e não a forcaremos a responder ou interagir com nenhum tema que ela não se sinta confortável.

As ferramentas de videochamadas possuem uma política de privacidade de dados e, ao toaremos todo o cuidado para que os links gerados sejam personalizados e compartilhados somente com a participante para assegurar confidencialidade e privacidade. Também verificaremos a identidade de cada participante antes de autorizar o ingresso na sala de vídeo chamada. Assim, reduziremos o risco de violação e vazamento de dados sensíveis. No entanto, não podemos nos responsabilizar por possíveis falhas das empresas em relação ao vazamento de dados. Nos comprometemos usar os dados de pesquisa com objetivos estritamente acadêmicos e científicos e assumimos o zelo por todos os dados e informações fornecidas, conforme explicação do item sigilo e privacidade.

SIGILO E PRIVACIDADE

Ao concordar com a participação nesta pesquisa, você está concordando com todas as etapas (três rodas de conversa com outras 9 mulheres para troca de percepções sobre o tema e uma roda de conversa com as mesmas participantes para validação (confirmação ou alteração) das análises e conclusões provisórias que a pesquisadora chegou, com base nas conversas anteriores. Ao assinar este termo, você está dando anuência à sua participação nesta pesquisa.

Para participar da pesquisa é necessário ter acesso à internet e a ferramentas como Zoom e Google Meet. Vou precisar usar recursos de gravação de imagem e vídeo, mas caso seja de sua preferência, posso gravar apenas o áudio. Firmo aqui meu compromisso de que o conteúdo das conversas não será divulgado em quaisquer plataformas ou redes sociais, sendo que o objetivo da gravação é voltado apenas para a dissertação de mestrado. Guardarei o material pelo

período de cinco anos e depois vou descartá-lo. Caso haja alguma restrição em relação a identificação do nome, você poderá solicitar o anonimato.

ACESSO AO TCLE E RESULTADOS DE PESQUISA

Sempre que houver dúvidas sobre o termo de consentimento de pesquisa, estarei à disposição para saná-las. A qualquer momento, você poderá ter acesso ao registro de consentimento e recomendo que guarde uma cópia do TCLE com você. Na terceira roda de conversa, você terá acesso às análises e conclusões preliminares (etapa de validação dos resultados e conclusões). Este é o primeiro movimento de acesso. A partir daí, farei o convite para a defesa da dissertação e te darei acesso a uma cópia digital do trabalho após publicação no repositório da Arca Fiocruz. Da mesma forma, artigos e outros textos que eventualmente sejam desdobrados da pesquisa, chegarão às mãos de todas as participantes.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Garanto o ressarcimento de qualquer despesa que possa surgir em função da participação nesta pesquisa. Exemplo: custo com créditos para celular para acesso à internet durante as rodas de conversa. Do mesmo modo, me responsabilizo pelos custos de indenização caso haja qualquer dano a sua participação, conforme determina a lei. No mais, esta não é uma pesquisa remunerada e, portanto, você não receberá nenhum valor financeiro adicional (além das eventuais despesas com créditos para acesso à internet) ao confirmar sua participação.

CONTATO

Esta pesquisa está sendo conduzida por Bruna Martins Oliveira, mestranda no programa de pós-graduação de Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), pertencente ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Você poderá manter contato com a pesquisadora pelo telefone (41) 988599492. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicada de alguma forma, você também pode entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) através do e-mail cep.epsjv@fiocruz.br ou telefone (021) 3865-9809

Bruna Martins Oliveira (pesquisadora responsável)

E-mail: bru.martins26@hotmail.com | bmoliveira@aluno.fiocruz.br | 041
988599492

Equipe de pesquisa:

Inesita Soares de Araujo (orientadora) | E-mail:

inesita.araujo@icict.fiocruz.br

Irene Kalil Rocha (co-orientadora) | E-mail: irene.kalil@icict.fiocruz.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE PESQUISA

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela pesquisadora responsável.

Rio de Janeiro _____ de _____ 2022

Assinatura da participante da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz

Avenida Brasil, 4365 – contêiner 07 – Manguinhos Rio de Janeiro - Cep 21040-360 Tel.: 3865-9809 E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

PPGICS - Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde

Expansão do Campus: Av. Brasil, 4036 - sala 210 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP: 21040-360 Tel.:(021)3882.9063 / 903

ANEXO B- ROTEIRO TEMÁTICO PARA ORIENTAÇÃO E MEDIAÇÃO DAS RODAS DE CONVERSA

1ª RODA DE CONVERSA

Tema: Contextualização da pesquisa e motivações das mulheres para aceitar o convite

O objetivo desta roda é aprofundar o movimento de aproximação com as participantes, “quebrar o gelo” e explicitar a preocupação em acolher as mulheres e assumir uma postura que não-vertical — o é geralmente feito nas pesquisas quando pesquisadores (as) criam uma relação assimétrica e extrativista com os entrevistados /as — e sim de equidade no que diz respeito ao respeito e sensibilidade ao espaço de interlocução de cada mulher.

Feito isso, explicarei sobre as implicações do anonimato na pesquisa e a opção da adoção de um pseudônimo para preservar a identidade

2ª RODA DE CONVERSA

Tema: Contextualização das motivações para buscar redes de apoio e mapeamento das redes pré-existentes e redes que se configuram após o ato de pedir ajuda

O tema da interlocução será sobre as motivações que levam as mulheres a buscar uma ou mais redes de apoio, formais (instituições) ou informais. O objetivo é compreender como se configuram as redes e comunicação pré-existentes ao contexto pandêmico, considerando a esfera presencial e a ambiência digital. Também é de nosso interesse compreender como se configuram as redes de comunicação e apoio que se formam após o ato de pedir ajuda nos ambientes institucionalizados ou não, considerando as esferas presenciais e a ambiência digital.

3ª RODA DE CONVERSA

Tema: Debate e interlocução sobre cuidado e saúde mental

A ideia deste encontro é entender como as mulheres compreendem a produção de sentidos e os significados atribuídos ao cuidado (institucionalizado ou não) e a saúde mental (dentro e fora da área de psicologia e/ou psiquiatria).

ANEXO C- COMPROVANTE DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 5.641.830

todo o cuidado para que os links gerados sejam personalizados e compartilhados somente com a participante para assegurar confidencialidade e privacidade. Também verificaremos a identidade de cada participante antes de autorizar o ingresso na sala de vídeo chamada. Assim, reduziremos o risco de violação e vazamento de dados sensíveis.

Benefícios: Entre os benefícios para participar dessa pesquisa, destacamos o fato de as pesquisadoras entenderem que as mulheres são protagonistas no processo. Por esse motivo, participar das rodas de conversação é ter a oportunidade de ser ouvida, criar vínculos com outras mulheres que estão passando por momentos semelhantes, trocar experiências e ter um espaço de acolhimento e diálogo para falar sobre as questões que afligem a vida"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado da aluna Bruna Martins de Oliveira, realizada no PPGICS/ICICT – Fiocruz, com o objetivo de avaliar e compreender o uso de redes de apoio de mulheres durante a pandemia de covid-19. Compõem a equipe as pesquisadoras Inesita Soares de Araújo (orientadora) e Irene Rocha Kalil (Coorientadora). A temática é relevante e importante para as reflexões sobre o direito à comunicação e acolhimento e as relação entre gênero, pandemia e saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1953176.pdf	28/08/2022 20:34:14		Aceito
Outros	Respostaaspendenciasbrunamartins2808.pdf	28/08/2022 20:33:46	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365 ç Manginhos Ramal.: 9809
Bairro: Manginhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9809 **E-mail:** cep.epsjv@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.641.830

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de qualificação brunamartinsoliveira submissao03.pdf	28/08/2022 20:33:36	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento livre esclarecido brunamartins submissao03.pdf	28/08/2022 20:33:15	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
Outros	roteiro temático rodas de conversa brunamartins.pdf	31/07/2022 16:38:57	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma de pesquisa mulher e semede brunamartins ajustado.pdf	31/07/2022 16:35:34	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaração bolsistas capes bruna.pdf	27/05/2022 20:01:33	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaração Pesquisadora.pdf	27/05/2022 19:56:29	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto mulher e semede bruna.pdf	27/05/2022 19:52:36	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito
Outros	Ata qualificação projeto de dissertação brunamartins.pdf	24/05/2022 23:47:47	BRUNA MARTINS OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Setembro de 2022

Assinado por:
Maria Cristina Soares Guimarães
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil, 4365 L Manguinhos Ramal.: 9809
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9809 **E-mail:** cep.epsjv@fiocruz.br

ANEXO D – DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES DE PESQUISA

	NOME	IDADE	INSTITUIÇÃO/GRUPO	CIDADE ONDE RESIDE	ATUAÇÃO	RELAÇÃO COM SAÚDE MENTAL
01	Bárbara de Melo	42	Instituto Jacintas	Natal/RN	Comunicadora e gestora do Instituto Jacintas	Cuidadora parental
02	Eliana de Mara de Freitas Chiossi	60	Mulheres Cuidadoras	Rio de Janeiro/ RJ	Professora, Educadora Popular, Escritora, Ativista.	Cuidadora parental
03	Helisleide Bonfim	51	Associação Papo de Mulher	Salvador/Bahia	Militante, ativista, atriz, coordenadora da Associação Papo de Mulher/ Técnica de enfermagem	Mulher atendida pela RAPS – CAPS e cuidadora parental
04	Vanessa Felisbino	32	Mulheres Cuidadoras e Associação ASM Criciúma- SC	Criciúma/SC	Psicóloga	Cuidadora, profissional de saúde mental e membro de grupos de apoio
05	Laila Ferreira	31	Não tem vínculo com nenhum grupo e/ou instituição	Rio de Janeiro/RJ	Comunicadora e psicanalista em formação	Ex- “usuária” do CAPS e rede de apoio familiar, profissional em formação
06	Iolanda Machado	-	Mulheres Cuidadoras	Rio de Janeiro/RJ	Membro do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMDEF-RIO)	Cuidadora parental
07	Helena	60	Mulheres Cuidadoras	Rio de Janeiro/RJ	Aposentada/Artesã/ Organizadora de Eventos	Cuidadora parental
08	Kaká	68	Mulheres Cuidadoras	Rio de Janeiro/RJ	Aposentada/ Formação em Direito e Psicologia	Cuidadora parental