

As Mulheres No Contexto De Cuidado Da Pessoa Com Transtorno Mental

Women In The Context Of Care Of The Person With Mental Disorders

Aryadne Castelo Branco Correia Lins¹,

Cleide Maria Batista Rodrigues²,

Verônica Maria Ferreira³

RESUMO

O presente artigo tem como objeto central identificar os principais impactos do cuidado da pessoa com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras de familiares usuários/as em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tanto, buscamos entender o processo de reforma psiquiátrica no país, problematizando a “função social” assumida pela família no que concerne ao cuidado. O trabalho, construído via pesquisa bibliográfica, documental e empírica, é fruto das reflexões que insurgiram durante a experiência como assistente social residente em um CAPS. A sobrecarga nas famílias atinge diretamente as mulheres, pois são essas historicamente a quem é destinado o papel do cuidado. Neste sentido pretende-se contribuir para a discussão sobre o cuidado entre os profissionais de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Família; Mulheres; Saúde Mental.

ABSTRACT

The main objective of this article is to identify the main impacts of the care of the person with mental disorders in the life of the women caregivers of families who use a Psychosocial Attention Center (CAPS). Therefore, we sought to understand the process of psychiatric reform in the country, discussing the "social function" assumed by the family in what concerns care. The work, carried out through bibliographical, documentary and empirical research, is the outcome of the reflections that emerged during an experience as a social worker resident in a CAPS. The overload in accommodations affects women directly, as they are historically the ones to whom care is assigned. In this sense, we aim to contribute to a discussion on care among mental health professionals.

KEYWORDS: Care; Family; Mental Health; Women.

¹ Assistente Social, especialista na Rede de Atenção Psicossocial, mestranda em Saúde Pública pela Fiocruz – PE.

² Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial CPTRA. Mestre em Serviço Social pela UFPE

³ Pesquisadora do Instituto Feminista para a Democracia – SOS Corpo. Doutora em Serviço Social pela UFPE.

Introdução

O presente artigo constitui o trabalho de conclusão da residência multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Secretaria de Saúde do Recife. Nosso objetivo central consiste em identificar os principais impactos do cuidado da pessoa com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras de familiares usuários/as do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto, situado em Recife, Pernambuco.

O interesse pela temática da mulher no cuidado é fruto das reflexões feitas durante a experiência como assistente social residente em um CAPS. Nos dias de serviço como assistente social residente, foi possível acompanhar sistematicamente as reuniões de família e no decorrer de sua realização pouco observava a presença de homens, sejam eles maridos, filhos, pais ou qualquer que possuíssem outro vínculo familiar. A reunião de família, nesse sentido, estava mais próxima de uma reunião entre mulheres.

Outrossim, a partir da atuação junto ao movimento feminista e no Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, na cidade de Recife, nosso entendimento crítico acerca do cuidado foi impulsionado, em particular, no quanto há sobrecarga e responsabilização das mulheres em detrimento da atuação do Estado, das equipes dos serviços de saúde e da própria família.

Nos estudos acumulados, nesse período, percebemos o quanto o cuidado se insere no contexto familiar de forma complexa, tendo em vista que tanto o próprio entendimento sobre família exige determinadas mediações históricas, sociais e culturais, quanto é importante notar que o cuidado no contexto familiar e a participação dos membros da família no trabalho doméstico ocorre de forma desigual.

As desigualdades na prática do cuidado, construídas e consolidadas historicamente, nesse sentido, têm gerado questionamentos que necessitam ser incorporados na luta dos movimentos que defendem o fortalecimento da reforma psiquiátrica. Entendemos ser necessário notar que o cuidado faz parte de uma construção social do que é feminino, remetendo-nos a refletir sobre a apropriação do trabalho das mulheres na implementação e consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A nosso ver, essa problemática encerra, no contexto atual, uma contradição entre o direito do cuidado na sociedade, comunidade e na família e a execução do trabalho de cuidado. Esta última tem sido atribuída e realizada majoritariamente pelas mulheres, o que reproduz

desigualdades estruturais baseadas nas relações sociais de sexo que se configuram segundo Kergoat (2009) enquanto relações desiguais entre homens e mulheres.

No que concerne ao processo de investigação, nosso estudo possui enquanto procedimentos metodológicos: a pesquisa bibliográfica (em livros, teses, dissertações, entre outros) direcionada às elaborações sobre a temática da divisão sexual do trabalho, família, cuidado, reforma psiquiátrica e política de saúde mental; pesquisa documental feita via coleta de dados secundários nos registros de reuniões de família do serviço; e pesquisa empírica, buscando maior aproximação com a realidade das mulheres cuidadoras. Foram realizadas 5 entrevistas semi-estruturadas com mulheres cuidadoras de familiares do CAPS, o que constitui o universo da pesquisa.

Consideramos que, além de evidenciar a desigual participação de homens e mulheres no cuidado da pessoa com transtorno mental nos serviços substitutivos, nosso estudo constitui uma contribuição para reflexão sobre as contradições presentes no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, em particular, como já tratamos, da apropriação do tempo de trabalho das mulheres direcionado ao cuidado.

Reforma psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): emergência de uma nova perspectiva acerca da saúde mental

O Movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil teve início no final dos anos 1970, a partir da mobilização de trabalhadoras/es, usuários/as e familiares da saúde mental. Estas mobilizações foram estimuladas por um movimento internacional de mudanças e superação do modelo asilar, no qual relatava-se violência física e psíquica, óbitos, trabalho escravo, isolamento e inúmeras outras violações de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos.

No Brasil, a emergência da Reforma Psiquiátrica se insere em uma conjuntura marcada pela ditadura militar e necessidade de mudanças políticas, econômicas e culturais do país. Como caracteriza Amarante,

Em 1987, o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. O lema Estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, ao psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas

de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo político de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. (AMARANTE, 1994, p. 81)

Com a organização do movimento, são desencadeadas mudanças no âmbito da Saúde mental, que são impulsionadas, em especial, no contexto nacional de avanços na política de saúde brasileira com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, no ano de 1988⁴.

A Reforma psiquiátrica, base dessas mudanças, possui como principais fundamentos a crítica à conjuntura do subsistema nacional de saúde mental e a crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de uma movimentação político-social que caracterizou a conjuntura de redemocratização brasileira (AMARANTE, 1998).

A Reforma Psiquiátrica objetivou uma transformação social, cultural, política e econômica no país. Criou, assim, um novo modelo de assistência na saúde mental, buscando a desinstitucionalização dos manicômios, o direito à cidadania, incluindo novos sujeitos no processo de cuidado e colocando como fundamental a participação da família e comunidade.

No ano de 1989, inicia a tramitação no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Este fato marcou o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Apenas anos depois, em 2001, após 12 anos de tramitação, a lei Paulo Delgado, número 10.216, foi sancionada. A lei é fruto dos embates democráticos e, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, tornou compromisso do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde as pessoas com transtornos mentais, com a participação da sociedade e da família. A rede de atenção à saúde mental, portanto, passou a ser parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Enquanto representação de valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, vão sendo criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Seus surgimentos vão demonstrar a possibilidade de uma rede que substitui os hospitais psiquiátricos, configurando-se como serviços extra-hospitalares⁵.

⁴ A Constituição de 1988 foi um grande marco para obtenção de direitos da população, no período denominado de redemocratização no país, no qual o Estado brasileiro institui a seguridade social e torna direito do povo e dever do Estado a garantia da saúde, previdência e assistência social.

Surgem, nessa perspectiva, como dispositivos criados a partir da lei 10.216 e fazem parte da política de saúde mental enquanto serviços substitutivos, estabelecidos em várias modalidades a partir da Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Posteriormente, integraram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) criada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011. A Rede, que deve garantir os direitos das pessoas em sofrimento mental e o distanciamento do isolamento como tratamento, propõe superar a estrutura do manicômio no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico ou com problemas decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas.

Os CAPS investem em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades, como caracteriza Ferreira (2006). São serviços de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa, além de serem dispositivos territoriais de base comunitária localizados dentro do itinerário cotidiano dos usuários(as). Necessitam da instituição de uma nova prática que engloba, conjuntamente, o ético, o técnico e o político para promover a reinserção e o cuidado humanizado desses usuários(as). Possui como diretriz de trabalho, nessa perspectiva, a participação da família no cuidado. Entre as atividades realizadas podemos citar: acolhimento, consultas, grupos, oficinas terapêuticas e reuniões de familiares.

Dito isso, cabe enfatizar que a mudança do modelo de assistência em saúde mental, expressa nas alterações de perspectiva acerca da saúde mental e na criação de serviços voltados à atenção de pessoas com transtorno mental, como os CAPS, no entanto, constrói-se em um Estado que possui escassos serviços de apoio e retaguarda e que, historicamente, transfere sua responsabilidade para outros setores como o filantrópico, o privado e a família.

Com a ofensiva neoliberal, a partir na década de 1990, isso vai se aprofundar e, seguindo as orientações internacionais do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), é priorizada uma intervenção mínima estatal, dando mais liberdade para expansão do mercado capitalista. No âmbito das políticas sociais, um trinômio prevalece: privatização,

⁵ As iniciativas para a mudança no ordenamento nacional da política de saúde mental ocorrem de forma diferenciada no país. Mesmo antes da aprovação da política de saúde mental já existiam alguns serviços substitutivos em cidades brasileiras – um caso a ser apontado é o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987.

focalização/seletividade e descentralização⁶ (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). A desresponsabilização do Estado será uma das tônicas preconizadas nesse contexto.

No que concerne às políticas de saúde mental, nas palavras de Rosa (2011, p. 136), haveria um “significativo risco de a orientação neoliberal, cuja máxima se situa no Estado mínimo, reorientar os programas de desinstitucionalização em Saúde Mental”. Ademais, continua a autora, a responsabilidade, que em tese deveria ser do Estado, recai sobre a família. Vejamos:

Num país de parca tradição em direitos sociais, em que o grupo familiar historicamente já vem assumindo parte significativa das funções reprodutivas, agravadas pelo contexto de crise econômica e social que a onera sobremaneira, há um risco de as famílias, receosas com as consequências das políticas desinstitucionalizadoras, resistirem às propostas reformistas e serem aliciadas pelos seus opositores. Essas famílias, em geral pobres, despreparadas para prover cuidado domiciliar e sem base de apoio e suporte social, lutam isolada ou coletivamente, cada vez mais, para dividir com Estado os encargos de cuidar, como uma de suas estratégias de sobrevivência (ROSA, 2011, p. 138).

Com o neoliberalismo configurando a intervenção do Estado, como vimos, passa-se a responsabilidade de ações de saúde e educação para a família, sejam os cuidados a doentes, crianças, idosos, pessoas com deficiência. Estes deixam de ser atendidos pela rede de serviços e passam a ser providos pela família, mais especificamente pelas mulheres.

O que expressa, na trilha do que formula Mota (2012), uma tendência de mercantilização da esfera da reprodução e também um dos novos traços desta fase, a repercutir em dois níveis: na expropriação e mercantilização de atividades domésticas e privadas não mercantis e na superexploração dos trabalhadores e das famílias.

No caso das mulheres dos países periféricos, estas são obrigadas a incorporar, como componente de sua atividade doméstica, um conjunto de trabalhos que deveriam ser de responsabilidade pública, como é o caso dos *cuidados*, como veremos no tópico a seguir.

A apropriação do tempo de trabalho das mulheres através do cuidado: apontamentos teórico-feministas

⁶ No ano de 1989, foi realizada uma reunião na capital estadunidense denominada de Consenso de Washington, com participação de agências multilaterais como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. Pós-Consenso os países latino-americanos passam por mudanças significativas. Carcanholo (2010) organiza essas mudanças em três componentes: o primeiro ligado à estabilização macroeconômica, o segundo às reformas estruturais de abertura comercial, desregulamentação dos mercados, privatizações de estatais e de serviços públicos. As medidas pressupostas, pautadas no projeto neoliberal, atacam os direitos sociais inseridos na CF88.

Tem sido amplo o campo de estudos que tratam da questão do trabalho das mulheres. Nos últimos anos, em particular, as pesquisas sobre cuidado têm ganhado atenção especial. As autoras, e aqui tomando como base aquelas da vertente crítica do feminismo (FERREIRA, 2017; HIRATA, 2010; KERGOAT, 2007; AGUIRRE, 2007), têm se debruçado nas pesquisas que buscam entender a atribuição, exclusivamente das mulheres, a esse tipo de trabalho, o cuidado.

O cuidado, na perspectiva que adotamos nesse trabalho, é entendido como prática multifacetada, exaustiva e invisibilizada pelo Estado e pelos próprios serviços de saúde. No nosso estudo, especificamente, pelos serviços de saúde mental. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que

O trabalho doméstico e de cuidados engloba um conjunto de atividades voltado para a reprodução diária das pessoas e a provisão de suas necessidades físicas, materiais e emocionais, as quais se particularizam ao longo do ciclo de vida e das contingências inerentes à condição humana. É um trabalho que não só produz bens de consumo necessários à sustentação imediata das pessoas (alimentação), a manutenção dos espaços de moradia, como provê cuidado e propicia as primeiras aprendizagens necessárias ao processo de humanização e socialização, como a fala, a coordenação motora etc. (FERREIRA, 2017, p. 22).

O cuidado se configura como parte significativa no trabalho reprodutivo⁷ e atribuído às mulheres. Cuidados (*care*), a partir de Sorj (2010), é um conjunto de atividades diversas que envolvem o cuidado dos outros e pode assumir a forma de trabalho não pago, dedicado aos membros da família, ou de trabalho pago feito para outras pessoas. As atividades incluem o cuidado das crianças, idosos, doentes, deficientes, bem como realizar tarefas domésticas como lavar, cozinhar e passar etc. Podemos afirmar que o cuidado é parte do trabalho doméstico não remunerado,

Certamente, essas tarefas de manutenção física existem igualmente no circuito monetário do trabalho, às vezes, realizadas profissionalmente em troca de um salário (mas não é por acaso que também nesse caso, atualmente, sejam quase exclusivamente mulheres que o façam). Mas, se compararmos o número de horas respectivamente assalariadas e não assalariadas consagradas a tais tarefas, estas são, na esmagadora maioria dos casos, efetuadas fora do circuito salarial [...] Trata-se, de fato, de uma fração da classe das mulheres que, uma vez reunida, realiza socialmente, fora do assalariamento, as tarefas de manutenção física de doentes, crianças e idosos solitários (GUILLAUMIN, 2014, p. 44).

Esta atividade, de acordo com o que discorre as autoras feministas críticas (FERREIRA, 2017, HIRATA, 2010) é historicamente atribuída às mulheres. Especificamente, de acordo com a

⁷ Trabalho voltado pra reprodução social do indivíduo. “No qual as mulheres asseguram a continuidade da gestão das tarefas afetivas, educativas e domésticas na família” (Thébaud-Mony, 2009, p. 2017).

autora, o trabalho doméstico gratuito e o cuidado envolvem uma relação de amor e de zelo que implicam uma parte de trabalhos repetitivos tais como passar roupa, limpar a casa, cozinhar, que são atribuídos, socialmente, às mulheres (HIRATA, 2010). O trabalho doméstico pode ser entendido como “um conjunto de tarefas relacionadas ao cuidado das pessoas e que são executadas no contexto da família – domicílio conjugal e parentela – trabalho gratuito realizado essencialmente por mulheres” (FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, 2009, p. 257).

Hirata e Kergoat (2007) discorrem sobre as razões que corroboram para a permanência das mulheres no trabalho doméstico, essas razões perpassam pelo processo de socialização, na educação escolar, na formação na empresa, etc. Essas atividades de cuidados têm sido exercidas no decorrer dos anos por: “agentes subalternos e femininos, os quais (talvez por isso mesmo) no léxico brasileiro têm estado associados com a submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres, brancas ou negras (posteriormente)” (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011, p. 154).

O cuidado é visualizado socialmente como “inerente” ao ser mulher, realizado neste sentido como ato de amor, afeto e algo instintivo. Gilligan (1982) é precursora da bioética feminina, ela possui papel importante, mas não rompe com a subordinação feminina e reforça a naturalização de alguns papéis sociais de um apelo essencialista.

Ferreira (2017) vai tratar da apropriação do tempo de trabalho das mulheres pelo Estado. Para a autora, o tempo improdutivo das mulheres é visualizado enquanto disponível e inesgotável, como um “recurso natural” do Estado capitalista. O tempo é tratado tanto na sociedade, quanto nos serviços de saúde de forma invisibilizada socialmente. Deste modo, existe a invisibilização do tempo, mas também de quem executa esse trabalho, as mulheres pauperizadas da classe trabalhadora.

São mulheres dos setores mais pauperizados da classe trabalhadora aquelas que carregam o ônus da precariedade dos serviços públicos no Estado neoliberal e mobilizam mecanismos formais e informais de enfrentamento da desigualdade que estão na base das expressões da questão social (FERREIRA, 2017, p. 19).

Compreendemos que “a divisão sexual do trabalho, e a sua lógica de exploração do trabalho de um grupo por outro, que cria duas (e apenas duas) classes sociais de sexos chamados mulheres e homens (FALQUET, 2014, p. 250).

Um dos aspectos apontados por Ferreira (2017) no cotidiano das unidades de saúde é a presença majoritária de mulheres. Para a autora, “a organização visual do lugar, as informações

disponibilizadas, reivindicam e naturalizam a presença deste grupo social como público destinatário” (FERREIRA, 2017, p. 151). Longas esperas para o acesso a consultas especializadas e o tempo de espera na unidade revelam um tempo inesgotável das mulheres disponível para esse serviço.

Outro aspecto levantado pela autora e que perpassa por diversos serviços de saúde é o fato de que as mulheres são as que mais buscam os serviços de saúde, mas que os serviços de saúde também realizam buscas por essas mulheres, na atenção básica, por meio de visitas domiciliares. É com as mulheres que os contatos são realizados, devem ser as informantes, a partir delas são identificadas necessidades de saúde e são as que recebem orientações em termos de cuidados preventivos.

A nosso ver, a questão é expressão de aspectos estruturais do Estado, quais sejam: sua dimensão patriarcal e os elementos basilares das relações sociais de sexo, em especial, a divisão sexual do trabalho.

O patriarcado demarca as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade. De acordo com Saffioti o patriarcado “não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração” (SAFFIOTI, 1987, p. 50). As relações sociais de sexo, categoria formulada por teóricas francesas, por sua vez, definem os papéis e relações entre homens e mulheres na sociedade, entendendo o sexo como socialmente determinado, interpretando e traduzindo experiências e vivências da sociabilidade. Portanto, o sexo não se inscreve apenas no campo do biológico. E, por fim, a divisão sexual do trabalho, decorrente das relações sociais entre os sexos, configura-se como fator prioritário para a sobrevivência dessas relações.

Em Hirata e Kergoat (2007), a forma de divisão do trabalho social, decorrente das relações sociais entre os sexos, configura-se como um fator prioritário para a sobrevivência de tais relações de desigualdade. Essa forma, modulada histórica e socialmente, tem como características a designação dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva, atribuindo às ocupações dos homens funções de maior valor social.

As mulheres, independentemente de ocuparem o lugar de livres ou escravas, desde os séculos anteriores à Era Cristã, tinham seu “espaço” pertencente à esfera doméstica. Eram responsáveis pela manutenção da subsistência, cujos campos incluíam a alimentação e a higiene de homens e crianças (MENICUCCI, 1999).

De acordo com Dias (2018) na década de 1950 o trabalho doméstico era de responsabilidade majoritariamente feminina e a esfera pública, masculina. Com a revolução Industrial e, posteriormente, com o advento da globalização, a mulher começa a se ocupar em setores da vida pública, porém não rompe com a divisão sexual do trabalho, intensificando-a. As mulheres passam a ter possibilidade de gerar renda, mas continuam enquanto principais responsáveis pelo trabalho doméstico.

Guillaumin (2014) evidencia que em todos os lugares, tanto na esfera privada, como é o caso da família, quanto nas circunstâncias públicas, acredita-se que as mulheres sejam responsáveis pela limpeza e arrumação, cuidem das crianças, varram ou façam o chá, lavem a louça, atendam os telefonemas, reparem roupas, entre outras atribuições.

Nesses termos, conforme abordamos, a responsabilização das mulheres não se trata meramente de uma questão “isolada”, mas sim de uma questão que, entendida em perspectiva de totalidade, guarda relação com questões estruturais e construídas historicamente.

No caso da sobrecarga das famílias que possuem familiares em processo de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial, são as mulheres as mais atingidas. A família, apresentada como instituição natural e harmônica, é *locus* de exploração de uma forma de trabalho realizado pelas mulheres (KERGOAT, 2009), como tratamos. São as mulheres da classe trabalhadora que carregam o ônus da precariedade dos serviços públicos no Estado neoliberal.

Nesse sentido, analisaremos no próximo tópico essa questão a partir da realidade específica de mulheres que prestam o trabalho de cuidado com parentes usuários de um CAPS na cidade de Recife-PE.

O cuidado é papel delas

O nosso objeto foi a realidade do CAPS tipo II José Carlos Souto, no qual atuamos no âmbito do Serviço Social, durante a residência multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Recife. Esse serviço tem médio porte e tem como característica a cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Os usuários deste serviço são adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

O CAPS José Carlos Souto foi criado em 22 de março de 2002 e está localizado no distrito sanitário II, que possui uma população de 221.234 mil habitantes e tem como área de

cobertura os bairros de Campina do Barreto, Peixinhos, Campo Grande, Hipódromo, Torreão, Encruzilhada, Rosarinho, Ponto de Parada, Arruda, Fundão, Água Fria e Bomba do Hemetério.

Durante a participação nas reuniões de família, enquanto assistente social, notava-se uma presença predominante de mulheres e, neste tópico, objetivamos aprofundar nossa percepção acerca da questão a partir dos dados que coletamos nos registros de reuniões de família do CAPS, referente à participação nesta atividade⁸. O resultado, encontrado ao longo de 20 reuniões, foi de participação de 206 pessoas, sendo 171 mulheres e 35 homens. Em relação ao vínculo, 104 são mães, 33 são irmãs, 16 irmãos, 15 pais, 10 esposas, 2 esposos, 5 tias, 3 sobrinhas, 2 filhas, 1 avó, 1 filho, 1 cunhada e 13 não informados.

Os dados mostram uma presença majoritária de mães, em que socialmente é construído a ideia de “amor materno”, que perpassa por uma natural responsabilização das mães nos cuidados dos filhos e filhas, uma construção de uma ética do cuidado ligada às mulheres e uma essencialização da atividade como feminina.

As entrevistas foram realizadas no próprio CAPS e tiveram como público-alvo mulheres cuidadoras de familiares em processo de tratamento que tivessem participado da reunião de família do serviço.

Nossas sujeitas de pesquisa foram 05 mulheres, na faixa etária de 53 a 80 anos, com uma média de idade entre elas de 64 anos; a religião predominante foi a católica, sendo a religião de três participantes, uma era kardecista e uma evangélica. Referente aos arranjos familiares, todas as mulheres não possuíam uniões conjugais: duas mulheres eram solteiras, duas viúvas e uma separada.

Entre 20 por cento e 25 por cento das famílias são chefiadas por mulheres sós, o que dá a medida do peso dos encargos domésticos e familiares. Nessas condições, como negar que as mulheres continuam sofrendo os efeitos combinados da exploração de classe e da discriminação sexual? (MORAIS, 2000, p. 93 apud CISNE, 2012, p. 126)

No aspecto raça/cor três se autodeclararam morenas⁹ e duas pardas. Sobre a renda familiar, as mulheres possuíam renda inferior ou igual a um salário mínimo, uma das mulheres declarou não possuir renda e apenas uma das mulheres realizava atividade profissional como

⁸ Os registros coletados foram das reuniões de família referentes aos meses de abril a outubro de 2016. Sendo um total de 20 reuniões realizadas no turno da tarde, com frequência semanal, mas que sofria alterações de acordo com a demanda e presença desses familiares.

⁹ Sobre a ideologia de “nacionalidade morena” e do “povo mestiço” consultar: SALES JR., Ronaldo. Democracia racial: o não-dito racista. Tempo soc. [online]. 2006, vol. 18, n. 2; FANON, Frantz. Pele negra, máscaras brancas. Bahia: Editora Edufba, 2008. Neste estudo utilizamos a autoidentificação, porém consideramos a importância da utilização das categorias definidas pelo IBGE nos instrumentais das próximas pesquisas.

cuidadora de idosos. Quando questionadas sobre a escolaridade, duas disseram ter estudado até a 6ª série do ensino fundamental, duas possuíam ensino fundamental completo e uma o ensino médio completo.

É importante compreender o conceito de consubstancialidade a partir de Kergoat (2010), que ressalta a importância de se considerar as opressões de sexo, raça e classe não isoladamente, mas como indissociáveis. No nosso caso, todas as entrevistadas possuem a identidade de mulheres não brancas. Considerando que grande parte do trabalho doméstico não remunerado é realizado pelas mulheres negras com alto grau de exploração.

Essas dificuldades cotidianas sobrecarregam as mulheres como responsabilizadas pelas atividades de cuidado e reprodução social da família, destacando-se as mulheres dos setores mais pobres que são chefes de família, com o Estado se desresponsabilizando pela proteção social. Nos anos 90 a pobreza era a principal causa de morte na América Latina, sendo as chefes de 40% das famílias as mulheres negras e indígenas, aproximando-se de um processo de feminilização da pobreza (DUQUE-ARRAZOLA, 2010).

“As mulheres indígenas e afrodescendentes são as que menos têm oportunidade de acesso ao trabalho, à terra, à educação, à saúde e à justiça” (CEPAL, 2010, p. 29). Neste sentido, é necessário apontar que as dimensões de classe, raça e gênero são indissociáveis, sendo marcadores essenciais para compreender a situação das mulheres cuidadoras do estudo¹⁰.

Em relação ao familiar em tratamento no serviço, em todos os casos se tratava de um familiar homem, cujo vínculo predominante era o de mãe; apenas uma participante era vizinha do usuário. O adoecimento do familiar entre quatro deles foi o de esquizofrenia; apenas uma não soube informar e um familiar que possuía esquizofrenia associado a Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), e um havia histórico de internação em hospital psiquiátrico.

No que concerne aos relatos coletados, centramo-nos em identificar os principais impactos do cuidado da pessoa com transtorno mental na vida das mulheres cuidadoras de familiares. Desta forma, destacamos alguns questionamentos realizados¹¹. Neste sentido, os questionamentos realizados foram direcionados à compreensão, principalmente, de como o cuidado com o/a usuário(a) interfere na vida dessas mulheres, seja na relação com o usuário, seja

¹⁰ Compreendemos que os marcadores sociais ocupam uma dimensão extremamente importante para os estudos sobre mulheres, entretanto não será o foco do nosso artigo.

¹¹ Tendo como principais questões explanadas no estudo: 1) motivo pelo qual você se encontra na posição de referência no cuidado; 2) mudanças na vida; 3) atividades desse cuidado; 4) parceiros nessa tarefa; 5) o cuidado consigo; 6) como você se sente em relação a esse cuidado.

na relação consigo mesma. Os eixos centrais escolhidos na entrevista pretendem facilitar a visualização desses impactos na vida das mulheres cuidadoras.

As mulheres se encontravam na posição de principal cuidadora e quando questionadas por qual motivo demonstravam dois fatores principais: a naturalização da maternidade e o abandono paterno. A maternagem, segundo Rosa (2011), é uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres e internalizada pelos processos de socialização, que faz com que as mulheres assumam tal “responsabilidade e papel social” a ponto de comprometer a sua individualidade, num ato de renúncia. O mito do “amor materno”, o trabalho doméstico e de cuidados gratuitos como expressão de amor aos filhos.

Por que eu sou a mãe, né!? E eu amo meus filho, adoro meus filhos. Então não me confio nem que ele venha só. Entendeu? O meu filho. É por isso que eu bem gosto daqui porque eu vejo os cuidados que eles tem nos pacientes, entendeu?! Aí é o meu reforço, porque eu não estou podendo nem andar, entendeu!? (Entrevistada 01)

Apesar de um aumento significativo de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, é importante também evidenciar o abandono paterno presente no cotidiano das famílias com pessoas com transtornos mentais. Considerando que o critério da maternidade é “fisiológico definido (o parto) e, ao pai, um critério social (ser esposo ou companheiro da mãe), daí o pai ser denominado putativo” (COLLIN; LABORIE, 2009, p. 137). Na fala de uma das mães: “Por conta de não ter mais família, eu perdi quase toda a minha família e o pai é ausente, então eu que tomo conta dele, enfim toda a responsabilidade do todo, geral, né!?” (Entrevistada 05).

Quando questionadas sobre a mudança na qualidade de vida depois de assumir o cuidado do familiar, declaram que nessa rotina de cuidados dispõem de menos tempo para se dedicar a suas próprias demandas, permanecendo muitas vezes sozinhas em situações de adoecimento físico e mental. Demonstram forte vinculação com a religiosidade, citam Deus em vários momentos ora como consolo, ora como fortaleza:

E muito, teve uma vez que eu vim para cá com ele pra, tava marcado para Doutor M. aí o Doutor disse: olhe, eu lhe aconselho a ir a um psicólogo. Ele viu que eu tava muito assim, uma pessoa muito triste. Quando eu tô falando com você. Eu tava falando com ele chorando. Aí ele: você está precisando de ajuda, pra conversar. Porque já chegou assim, oia, eu tô lhe dizendo e eu nunca disse a minha mãe porque minha mãe tem problema. Eu nunca disse a ela, mas já deu vontade de dar veneno a L., aos meus meninos, pra eu tomar, ta entendendo? Muito desesperada, mas depois eu fiquei conversando com Deus, e eu sei que Deus não queria isso, é o aperreio, pedi muito a Deus aí me acalmei. E depois também o separamento depois de quase trinta anos de casado. (Entrevistada 04)

Existe um sentimento de autculpabilização por acreditarem ter parcela de culpa no adoecimento dos filhos/as, ocasionada pela ausência de atenção, afeto ou cuidado. “A gente tem pena até dos carinhos que devia ter dado e não deu, né?! Pra mim ele não envelheceu não, o pai deles são doido por eles, sou doida pelos meu filho (risos) e eles são por mim. Isso aí é cuidado de mãe, cuidado de mãe, cuidado de mãe” (Entrevistada 01). Refere sobre o momento do adoecimento: “Pra mim minha alegria acabou depois que L. ficou com esse problema e muito, muito, muito, muito. É, porque o menino foi dormir bonzinho, quando acordou, acordou assim vendo coisas. Não é mole. De lá para cá acabou minha vida” (Entrevistada 04).

A preocupação de estar bem para conseguir prover as necessidades do familiar é uma realidade semelhante encontrada por Ferreira entre as mulheres na unidade de saúde:

“Nos grupos de discussão, realizados no contexto das epidemias de arboviroses, a maior expressão do sofrimento relatada pelas mulheres acometidas pela doença referia-se à impossibilidade de seguir cuidando da casa e dos familiares, como ‘faziam sempre’” (FERREIRA, 2017, p. 163).

Depois que eu tive essa zika parece que eu envelheci uns 10 anos, mas eu sou teimosa porque em casa quem faz tudo sou eu. Vou devagarzinho [...] Eu sou teimosa, enquanto eu tiver forças, vou em frente ... Ele merece, sempre foi um filho bom para mim... e mãe é mãe, né!? Não importa a idade que o filho tenha. (Entrevistada 05)

A responsabilização por essas tarefas fazem com que as mulheres tenham adoecer e até mesmo morrer preocupadas com como seus familiares iriam ser cuidados. Sendo elas por muitas vezes as únicas pessoas responsáveis pelo cuidado.

Porque é como aquela velha história: Enquanto há vida, há esperança. Enquanto Deus me der forças para andar, né!? Peço a Deus todo dia, porque fico imaginando se eu não tiver mais... meu prazo de validade for vencida como é que esses meninos vão ficar? Porque pra mim, para eles vai ser um baque, porque eu é que encaminho eles... Pra tudo. Pra aqui, para o MPS e aqui esse mês, parece que é pra semana eu vou marcar perícia aí para E... marcar perícia, quer dizer, eu tenho que sempre tá em frente. Então, eu peço a Deus para me dar mais, que eu não tenho mais. Procuo não pensar no que é ruim para ter forças para eles, aí invento. (Entrevistada 01).

Eu tenho fé em Deus que antes do senhor me chamar, né!? Eu possa deixar a vida dele organizada, porque é muito difícil, é muito ruim um filho com transtorno e ficar só no mundo, porque tem que ter alguém, né!? pra pelo menos orientar, é, olhar, saber como é que tá, não é você acha que deixa por dizer uma residência, um local, mas na saúde de um modo geral, pode ser até uma enxaqueca, sempre é bom você ter alguém, né!? Pra olhar, para perguntar como é que você está, se tá bem, se tá faltando alguma coisa, então isso realmente me preocupa muito, né!? É o que eu peço todo dia a Deus que deixe pelo menos eu tentar deixar ele amparado, entendeu!? (Entrevistada 05).

Dedicam grande parte do tempo para as atividades ligadas aos trabalhos domésticos, o que as impossibilita de vivenciar outras esferas da vida social, como é o caso do trabalho remunerado e lazer. Abdicando de inúmeros hábitos, gostos, vontades, são isoladas e mantidas no espaço privado, sem convívio de outras pessoas, renunciando e sacrificando dimensões de sua vida pessoal.

De uma certa forma você, por exemplo hoje como eu disse a você, por exemplo, a madrinha dele mora em boa viagem ele não quer ir, tô pensando em ir com uma amiga que ele gosta muito dele, aí ele diz que vai, né!? Porque é aquela coisa ele quer voltar rápido e assim, em termos de passeios, eu adoro dançar, adoro passear, mas também não posso sair pra chegar altas horas, eu sei que ele pode até estar dormindo, mas você não fica tranquila, né!? De todo jeito, vamos ser logo, eu vou ser bastante clara comigo mesmo, A. realmente é uma eterna preocupação da minha vida, porque é uma pessoa que depende muito de mim, eu mudei essa parte, eu sou muito organizada, me preocupo muito assim (Entrevistada 05).

Referente às atividades que realizam em função de seus familiares, relatam: “acompanho ele, vejo se ele está tomando remédio direitinho, aconselho” (Entrevistada 01); “Só lavando roupa, prato. Cozinho. Porque ele só tem eu dentro de casa” (Entrevistada 03).

Em casa eu só dou conta do serviço da casa, né!? lavar roupa, fazer comida, pegar medicamento dele, vim pra médico aqui Doutor J., trazer ele para as atividades, quando eu tenho um tempinho também eu venho para a reunião que eu gosto também e é importante, né? Pronto, aí meu tempo é só para ele mesmo, ainda tem um de 16 anos também para dar atenção a ele, que é meu caçula (Entrevistada 04).

Há uma desvalorização e invisibilização do próprio trabalho doméstico feito pelas mulheres, considerado como parte das atribuições naturais de sua vida, como sintetiza Ferreira sobre o trabalho doméstico da saúde realizado pelas mulheres nas famílias:

é constituído por uma forte dimensão relacional, emocional e afetiva que tende a invisibilizar e naturalizar as tarefas que lhes são concernentes e para a reprodução de uma injusta divisão deste trabalho entre homens e mulheres (FERREIRA, 2017, p. 108).

Em relação a divisão do trabalho com outros componentes da família, uma das entrevistadas faz referência a neta e outra um filho, sendo delegado a essas pessoas parte periférica dos trabalhos de cuidado, considerados como auxílio as tarefas de responsabilidade natural dessas mulheres.

Não que eu já deixo tudo pronto, assim sabe?! Comida, o que for de eu fazer, eu já deixo, roupa lavada, tudo pra poder eu fazer, sair, pra qualquer canto. Eu nunca, quando eu saio assim é pra a igreja ou pra casa das minhas irmãs, assim, eu chamo ele pra ele ir e ele não quer, mas eu vou, aí eu deixo só uma horinha vejo minhas irmãs e vou embora (Entrevistado 03).

L. tem dezenove. Aí ele: Bora L. jogar bola. Aí leva ele, sempre animando ele, aí pra mim também me anima bastante, me dá uma força muito grande, aí vai com ele: Bora

L. fazer compras, olhe você que vai comprar essas coisa, viu?! Aí dá o dinheiro a ele: Escreva aqui o que mainha quer. Pra fazer atividades com ele, ne?! (Entrevistado 04).

Um grande dilema nessas rotinas de cuidados com outros membros da família são as atividades de autocuidado que elas realizam. Um dos nossos questionamentos foi: “como você tem feito para se cuidar?” e, após um breve silêncio, a resposta de uma das mulheres foi: “É, o que eu faço para me cuidar... É não botar nada na minha cabeça, porque se eu não tiver uma forcinha mental eu não cuido deles, meu cuidado é esse” (Entrevistada 01). “Aí é sacrifício, viu!? Por causa dele. Que eu fico muito apegada por causa desses problemas que ele tem (silêncio), aí eu tenho que parar e pensar e fazer o que eu tenho de fazer, senão eu não faço nada” (Entrevistada 03). “Eu gosto de cortar cabelo, gosto de fazer unha[...], da saúde, eu vou ao médico, um clínico eu sempre gosto de ir, gosto de fazer minha prevenção. Quando eu vou, peço para a minha irmã ficar em casa com ele pra não deixar ele só, eu vou ao médico” (Entrevistada 04). Uma das entrevistadas que é vizinha da pessoa com transtorno mental diz: “Me cuido, é que eu tenho tempo pra tudo, eu não tenho menino pequeno, eu me cuido, eu faço atividade física, tenho espaço pra tudo” (Entrevistada 02).

Sempre com ele, fizemos, faz, hoje é quarta? Hoje faz oito dias, saímos juntos porque quando eu vou fazer um checkup, que são as taxas, aí eu já aproveito faço a minha e já faço a dele, né!? E sempre ele tá querendo ir comigo, sempre. Vou resolver alguma coisa do apartamento, que deu um problema para eu resolver agora do apartamento, do inventário, do arrolamento, ele vai comigo para o tribunal, sempre ele tá querendo ir comigo, sabe!? Sempre eu estou com ele (Entrevistada 04).

Quando perguntamos se as mulheres possuíam serviços parceiros no cuidado dos familiares, todas as entrevistadas identificaram o CAPS como o único serviço público de apoio. Os CAPS e mais amplamente a RAPS tem se apresentado de forma precarizada, com serviços sucateados¹², sem equipe profissional suficiente e são nesses serviços que os usuários e usuárias estão inseridos e descrito como principal apoio.

Neste sentido, para tentar traçar os serviços que as mulheres e seus familiares frequentam buscamos aprofundar o acompanhamento por outros serviços. Apenas 01 das 05 entrevistadas não possuía cobertura de unidade de saúde da família (USF); policlínicas e Unidades de Pronto atendimento (UPA) foram os outros serviços utilizados pelos familiares citados. Declaram que

¹²O sucateamento da RAPS como parte de um projeto de sociedades que privilegiam classes corporativistas e entidades médicas, que supervalorizam o lucro, o conservadorismo, negam anos de luta antimanicomial pela Reforma Psiquiátrica e fortalecem comunidades terapêuticas.

não participam de projetos, 01 familiar participa de um projeto da sua igreja, apenas 01 familiar está em instituição de ensino regular e 01 faz aula de música.

As entrevistadas moram em bairros diferentes no distrito sanitário II e as opções de lazer disponíveis nos bairros são de 01 quadra e uma organização não governamental, 02 relataram não possuir espaços de convivência em seus territórios e uma delas faz referência aos dispositivos que compõem o seu condomínio privado.

Quando questionadas em quais serviços elas achavam que poderiam contribuir no cuidado, as respostas perpassaram por: posto de saúde, brincadeiras, psicóloga, academia e música. Tais repostas demonstram a fragilidade das políticas relacionadas à saúde e ao lazer. Essas mulheres sentem a ausência de equipamentos sociais, espaços públicos, comunitários e de convivência.

As entrevistas realizadas tiveram grande contribuição para a compreensão da família como uma estrutura de fortes desigualdades, apontando alguns dos reflexos na vida dessas mulheres. Esta família está inserida em uma sociedade patriarcal e na situação brasileira de progressiva desresponsabilização do Estado pelo cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Conclusão

Para desenvolvermos as reflexões do nosso estudo, foi fundamental considerar as modificações históricas do cuidado das pessoas com transtorno mental inseridas na política de saúde. Perpassamos primeiramente por um modelo de cuidado asilar, manicomial, no qual os usuários/as não possuíam contato com a família e comunidade, posteriormente instituímos um modelo assistencial baseado nos preceitos psicossociais com uma rede de atenção psicossocial baseada no território, comunidade e na família, evidenciando os CAPS como componente relevante na mudança desse cuidado.

O estudo demonstrou, em um contexto de intensificação neoliberal, a transferência de atribuições do Estado para o âmbito privado, filantrópico e familiar. Apesar de fortalecermos a importância e relevância da família no processo de cuidado das pessoas com transtornos mentais, o estudo mostra a transferência e desassistência que as famílias têm vivenciado e esses cuidados prodigados para as mães, avós e até mesmo vizinhas, sendo as mulheres as principais cuidadoras e, muitas vezes, a única.

As mulheres são historicamente responsabilizadas pelo trabalho de cuidados, baseado na divisão sexual do trabalho que as impõem a esfera reprodutiva, a dimensão do privado, do doméstico e muitas vezes do gratuito, sustentados por um papel natural sinônimo de amor e afeto.

No contexto particular do CAPS, podemos observar os diferentes rebatimentos dos trabalhos de cuidado na vida das mulheres, em sua maioria não brancas, que sobrevivem em condições precárias, de pobreza, dificuldades no acesso à educação, lazer e saúde que executam um trabalho socialmente invisível com alto grau de apropriação, precarização e solidão, comprometendo sua saúde física e mental.

Nesse sentido, foi possível, através da realização do presente trabalho, compreender a necessidade de se repensar as práticas profissionais que naturalizam o papel de cuidados das mães, filhas, esposas, sendo urgente e necessária a implementação de políticas públicas que considerem as relações de desigualdades entre homens e mulheres e garantam um cuidado efetivo e antimanicomial aos usuários e usuárias dos serviços da rede de saúde.

Submetido para avaliação em 16 de janeiro de 2019

Aprovado para publicação em 15 de agosto de 2019

Referências

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

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

_____. (Coord.). *Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

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

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

_____. (2001), Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 Jan. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 04 Fev 2017.

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

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

CEPAL. *Que tipo de Estado? Que tipo de igualdade?* CEPAL, Nações Unidas, 2010.

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

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

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

DIAS, Tânia Lúcia Farias “*O que vou ser quando crescer?*”: A divisão sexual do trabalho na socialização das mulheres e em suas escolhas profissionais. Dissertação (mestrado em direitos humanos), Centro de Artes e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, p.167 .2018.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. *O que é bioética?* São Paulo: Brasiliense, 2002. P. 69 (Coleção Primeiros Passos, 315).

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

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

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

GILLIGAN, Carol – *Uma Voz Diferente*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1982.

GUILLAUMIN, Colette. Prática do poder e ideia de natureza. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; FALQUET, Jules; ABREU, Maíra. *O patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas*. Recife: SOS Corpo, 2014, p. 27-99.

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

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

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

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

KERGOAT, Danièle. *Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais*. IN: 11º Congresso da Associação Francesa de Sociologia (AFS): “Pensar o intrincamento dos sistemas de dominação: gênero, classe e raça”, Bordeaux, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a05.pdf>> Acesso em: 28/09/2015.

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

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

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

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

SANTOS, Yumi Garcia dos. As mulheres como pilar da construção dos programas sociais (*Caderno CRH*, 27 (72), p.479-494, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v27n72/03.pdf>).

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

TRONTO, Joan C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R.(Orgs.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: ABDR, 1998. p. 186 – 203.