



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Vanessa Crumial Herdy de Andrade

**Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres
cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Vanessa Crumial Herdy de Andrade

**Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um
CAPS no Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Laura Lowenkron

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

A554 Andrade, Vanessa Crumial Herdy de

Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro / Vanessa Crumial Herdy de Andrade – 2023.
159 f.

Orientadora: Laura Lowenkron

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde Mental – Teses. 2. Cuidadores - Família - Teses. 3. Mulheres – Teses. 4. Pessoas Mentalmente Doentes – Teses. 5. Serviços de Saúde Mental – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 6. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Lowenkron, Laura. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III Título.

CDU 616.89-008(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vanessa Crumial Herdy de Andrade

**Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um
CAPS no Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 18 de agosto de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Laura Lowenkron (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Melissa de Oliveira Pereira
Centro Universitário IBMR

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por ser base, referência e acolhida, por sempre me incentivar a seguir por onde conseguia ver sentido, mesmo quando as escolhas não foram assim tão óbvias. Agradeço por ter contado com apoio de tantas maneiras quando foi preciso, por acompanharem de perto cada etapa com alegria e amor, e pela aposta incansável de que podia chegar exatamente aonde queria e onde nem imaginava.

Agradeço aos amigos, também incansáveis na torcida, pela confiança que depositavam em minha capacidade de encarar esse desafio. Agradeço a generosidade das trocas, da forma que foi possível para cada um, considerando as ausências que a relação com a escrita, que nunca foi simples, demandou ao longo desse percurso.

Agradeço à minha orientadora, Laura Lowenkron, por ter acolhido pacientemente as ideias chegavam confusas no começo, por apostar comigo na construção desse projeto com leveza e autonomia, na medida em que foi ganhando sentido para nós. Agradeço por mediar e acompanhar afetuosamente esse encontro com a etnografia, a partir do qual fui me autorizando a encarnar esta pesquisa e a pesquisadora.

Agradeço aos professores que gentilmente aceitaram compor a banca da defesa, Melissa Oliveira e Martinho Silva, e aos suplentes Rachel Gouveia e Rossano Cabral.

Agradeço aos colegas de turma, que se fizeram presentes desde o início desse percurso, ainda que nossos contatos só fossem possíveis remotamente, por conta da condição sanitária daquele momento. E quando pudemos retomar a vida fora das telas, se tornaram disponíveis a outras formas de encontro e presença, que ajudaram a sustentar coletivamente esse processo, por vezes tão solitário e impessoal.

Agradeço aos colegas com quem pude trocar nos encontros coletivos de orientação, por contribuírem na construção de um espaço tão importante de formação crítica, com abertura, acolhimento e afeto. Agradeço pelas discussões profícuas e pela generosidade das contribuições e apontamentos às etapas da escrita que pude compartilhar.

E por fim, agradeço aos profissionais, familiares, cuidadores e usuários que me acolheram e me apoiaram durante o período da pesquisa empírica, pela confiança e generosidade em compartilhar seu cotidiano, que tornaram possível chegar ao resultado que compartilho hoje.

Se alguém me perguntar hoje
o que eu acho que é o amor
vou dizer que é algo muito parecido
com a fé:
não andar só

Sinto que somos um enredo
ainda sendo escrito
sobre um cuidado
que está sendo preparado
há muitas existências
e o amor há de reinar
e saber pronunciar
nossos nomes

(Leão, 2019, p. 104)

RESUMO

ANDRADE, Vanessa Crumial Herdy de. **Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro.** 2023. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este trabalho buscou analisar as relações de cuidado no mandato da Atenção Psicossocial, considerando a centralidade de figuras femininas como principais cuidadoras de usuários da RAPS. Entendendo que a gestão desse cuidado é compartilhada com o Estado, partimos da hipótese de que a reformulação da política de saúde mental se ancora e reforça a histórica feminilização do cuidado, fortemente racializada e atravessada por desigualdades de classe e territórios. O objetivo geral desta pesquisa foi investigar o processo de familiarização e feminização do cuidado com RPB a partir de um trabalho etnográfico em um CAPS, observando o cotidiano de mulheres cuidadoras nesse serviço. Entre os objetivos específicos, buscou-se investigar a relação entre elas na gestão do cuidado em saúde mental, apontando para as discussões entre gênero, cuidado e trabalho, observando aproximações e distanciamentos entre categorias nativas e analíticas. Além disso, buscou-se refletir sobre a relação entre a política de saúde mental e a gestão estatal do cuidado enquanto mecanismos de regulação de gênero. As análises foram realizadas a partir da observação participante em um CAPS III do município do Rio de Janeiro. A pesquisa de campo privilegiou os espaços coletivos do CAPS, em especial a convivência e as atividades coletivas que contavam com a participação dos cuidadores, como a assembleia do CAPS, o grupo de família e o grupo de suporte de pares. Os achados da pesquisa apontam para a forma como essas mulheres, em seus distintos lugares sociais, respondem a esse mandato, criando relações de aliança e suporte mútuo, incluindo a ampliação de suas redes de apoio e cuidado no território, mas também compostas por tensões e disputas discursivas, sustentando a aposta política do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico na comunidade.

Palavras-chave: Mulheres. Cuidado. Gênero. Reforma Psiquiátrica. CAPS.

ABSTRACT

ANDRADE, Vanessa Crumial Herdy de. **Gender and Care in Psychosocial Attention:** the everyday lives of women caregivers in a CAPS in Rio de Janeiro. 2023. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This study aimed to analyse the care relationships within the framework of Psychosocial Attention, considering the central role of female figures as primary caregivers for users of the Psychosocial Care Network (RAPS). Understanding that the management of this care is shared with the State, we hypothesized that the reformulation of mental health policy is grounded in and reinforces the historical feminization of caregiving, strongly influenced by racialization and intersected by class and territorial inequalities. The overall objective of this research was to investigate the process of familiarization and feminization of care within the RAPS through an ethnographic study in a CAPS, observing the daily lives of women caregivers in this service. Among the specific objectives, we sought to investigate their role in mental health care management, pointing out the discussions regarding gender, care, and labor, while observing convergences and divergences between native and analytical categories. Furthermore, we aimed to reflect on the relationship between mental health policy and state management of care as mechanisms for gender regulation. The analyses were conducted through participant observation in a CAPS III in the municipality of Rio de Janeiro. The field research focused on the collective spaces of the CAPS, particularly interactions and collective activities involving caregivers, such as the CAPS assembly, family group, and peer support group. The research findings highlight how these women, from diverse social backgrounds, respond to this caregiving mandate, forming alliances and mutual support relationships, including the expansion of their support and care networks within the community. These relationships, however, also involve tensions and discursive disputes, underpinning the political commitment to providing care for individuals experiencing psychological distress within the community.

Keywords: Women. Care. Gender. Psychiatric Reform. CAPS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Agente de cuidado territorial
BPC	Benefício de prestação continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Código internacional de doenças
IMS	Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS	Projeto terapêutico singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de pronto atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA DIMENSÃO DA FAMILIARIZAÇÃO E FEMINIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	20
1.1	Contextualização da Reforma e as implicações clínico-políticas na reorganização da assistência e no imaginário sociocultural.....	26
1.2	Como se organiza a Rede de Atenção Psicossocial.....	33
1.3	Diretrizes e pressupostos do cuidado em saúde mental no paradigma atual	34
1.4	A familiarização e a feminização do cuidado na RPB.....	41
1.5	Desenhando a questão de pesquisa.....	50
2	CUIDADO, GÊNERO E ESTADO.....	55
2.1	Cuidado como categoria analítica.....	54
2.2	Circulação pela “convivência”	59
2.2.1	<u>A distribuição do cuidado na família e no CAPS.....</u>	63
2.2.2	<u>O encontro com as mulheres que se ocupam do cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial.....</u>	75
2.2.3	<u>O cotidiano de cuidadoras e usuários do CAPS: o ordinário na construção diária da Reforma.....</u>	81
2.2.4	<u>A Reforma e a familiarização do cuidado: a percepção dos familiares.....</u>	90
2.2.5	<u>A construção e fortalecimento de Redes de Apoio para as cuidadoras no território: o CAPS na cogestão do cuidado.....</u>	95
2.3	Reflexão sobre o cuidado em saúde mental e sua relação com a gestão do sofrimento psicossocial.....	99
3	GRUPOS E DISPOSITIVOS ASSOCIATIVOS DE FAMILIARES: PRÁTICAS DE COMPARTILHAMENTO DE CUIDADOS, AJUDA MÚTUA E AÇÃO POLÍTICA.....	101
3.1	Associações de Familiares e a RPB.....	102
3.2	A participação na assembleia de usuários, familiares e trabalhadores.....	104
3.3	Grupo de família.....	108
3.4	O grupo de “suporte de pares”.....	124

3.5	Coletivos de familiares e o cuidado na Atenção Psicossocial.....	140
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
	REFERÊNCIAS.....	154

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se situa no campo da Atenção Psicossocial, que é forjado pela atuação do movimento da Luta Antimanicomial na construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em curso desde o fim da década de 1970. Trata-se de um campo composto por múltiplos saberes e instituições, orientados pelo projeto de desinstitucionalização da loucura e da representação social associada a essa experiência, marcada pela estigmatização e exclusão, e pela construção de outras possibilidades de vida para os sujeitos em sofrimento psíquico. Entendendo que esse processo, que envolve também a reorganização da assistência em saúde mental no país e a garantia de direitos aos usuários desses serviços, é atravessado pelas dimensões de gênero, raça, classe e território, pretendo analisar as relações de cuidado na medida em que reiteram as normas regulatórias que passam por esses eixos de opressão. Nesse sentido, a ideia aqui é investigar as formas de gestão do cuidado acionadas pelo mandato da Atenção Psicossocial enquanto práticas sociais e sua relação com as propostas pautadas pelo movimento da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, especialmente no que diz respeito ao lugar cada vez mais central ocupado pela família e cuidadores da rede socioafetiva dos usuários no cotidiano do cuidado em saúde mental, que implica na participação massiva de figuras femininas nesses arranjos (Fazzioni, 2018).

A escolha da temática se relaciona com a trajetória percorrida em meu processo formativo como psicóloga, militante da Luta Antimanicomial, trabalhadora do Sistema Único de Saúde e pesquisadora no campo da Saúde Coletiva. A relação entre gênero e cuidado torna-se um objeto de interesse a partir das vivências no cotidiano da Reforma Psiquiátrica, nas diferentes vinculações (institucionais ou não) e pontos de vista experimentados ao longo desse percurso, que se entrecruzam e modulam as questões que são colocadas para esta pesquisa. Ao observar o protagonismo feminino das redes de cuidado mobilizadas em torno dos usuários dos serviços de saúde mental, questiono o movimento de familiarização e feminização do cuidado com a RPB, uma vez que esse cotidiano é permeado pela presença majoritária de mulheres, tanto nas equipes de saúde e como entre os acompanhantes dos usuários. Me intrigava a forma como os papéis sociais atribuídos a cada gênero são naturalizados, e nesse caso especificamente, a responsabilização por uma tarefa central para consolidação da política atual de saúde mental, trabalho diário invisível que vem sustentando a aposta do cuidado em liberdade pautado pela Reforma (Passos, 2011).

Um aspecto importante acerca das formulações que começo a esboçar é que, ao enfatizar o papel de mulheres nos processos de cuidado em saúde mental, não pretendo tomar

o objeto da pesquisa como um grupo homogêneo, mas sim direcionar o olhar para as relações entre mulheres e a forma como participam dos arranjos que compõem parte da conjuntura atual da RPB. Daí a importância de situar as diferentes vivências das mulheres que participam da pesquisa, entendendo que apesar do chamado ao exercício do cuidado que comparece na experiência de quase todas elas, é importante destacar que como prática social, seu exercício está imbricado em dinâmicas que as situam em posições distintas em função das intersecções entre gênero, raça, classe, orientação sexual e território. Do mesmo modo, entendo que é necessário situar também meu lugar como pesquisadora, psicóloga, trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial¹ e militante da Luta Antimanicomial, mulher branca e moradora do território pesquisado, lugar que modula as questões que me levam ao campo, a maneira como são colocadas, as referências com as quais dialogam e compõem essa escrita.

No percurso de elaboração da pesquisa, uma das hipóteses levantadas é de que a feminização nesse contexto se apresenta como reflexo da estrutura social, que tende a restringir o cuidado de pessoas que não podem ou não conseguem cuidar de si de forma autônoma ao âmbito privado, sendo este um trabalho invisibilizado e majoritariamente feminino (Hirata, Kergoat, 2007; Biroli, 2018; Zanello, 2018). Nesse ponto, é possível estender a questão à forma como o processo de Reforma tem se dado, na medida em que as mudanças na lógica de cuidado não pareceram considerar como essas diferenças estruturais e gendradas aparecem na convocação de familiares e cuidadores a se ocuparem dessa função. De outro modo, o cotidiano dos serviços substitutivos revela que a permanência desses usuários no território implica em atos de cuidado contínuos e constantes, que demandam uma gestão complexa de recursos – que envolvem tempo, disponibilidade afetiva, que parecem ter ficado à parte das análises e olhares para a cogestão da saúde mental a partir dos serviços substitutivos.

Ao me debruçar sobre essas questões, vou entendendo que existe um diálogo importante a ser feito a partir das discussões entre gênero, cuidado e governança estatal (Lowenkron, 2016; Lugones, 2017; Vianna E Lowenkron, 2017; Zanello, 2018), na medida em que as dinâmicas que observo parecem refletir o entendimento tácito de que alguém assumirá os encargos do cuidado, geralmente uma mulher. E de certo modo, o sentido de uma atribuição naturalizada na divisão gendrada desses processos vai sendo reforçado pela gestão da reorganização da lógica de atenção em saúde mental na RPB. O cotidiano da Reforma

¹Instituída pela portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é uma das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Tem como objetivo acolher e acompanhar pessoas em sofrimento por sofrer de transtorno mental e/ou pelo uso de álcool e outras drogas.

aponta para mulheres na composição dos arranjos como principais cuidadoras dos usuários, as mães em maioria, seguidas das avós, tias, irmãs, entre outros vínculos de parentesco ou não. Esse cenário varia de acordo com o grau de autonomia dos usuários e da composição da rede de apoio, observando as relações entre os cuidadores e suas possibilidades de agência (Mahmood, 2019). Muitas vezes estão sozinhas nessa função de cuidado, tentando conciliar com o trabalho remunerado, tarefas domésticas e/ou cuidado com outros membros da família, em múltiplas jornadas de um trabalho invisibilizado.

A intersecção entre gênero, raça e classe é bastante cara para as análises que se pretendem realizar aqui, uma vez que indicam que os distintos lugares sociais ocupados por essas mulheres implicam em formas diferenciadas de acesso a recursos para cuidar de si e dos seus (Cho *et al*, 2013; Gonzalez, 2016; Collins, 2017; Hooks, 2019; Collins e Bilge, 2021). Passos e Pereira (2017) afirmam que os avanços no desmonte da lógica manicomial não foram acompanhados de um avanço nas discussões sobre as desigualdades de gênero e seus impactos sobre a saúde mental, especialmente no que diz respeito aos atores que passam a se ocupar mais diretamente desse cuidado extramuros. Nesse sentido, entendo que esta proposta se une aos esforços de outros pesquisadores do campo que buscam propor análises a partir de uma perspectiva analítica interseccional (Passos e Pereira, 2017; Carneiro, 2021; Passos, 2016), tendo em vista que a população assistida nos serviços públicos de atenção em saúde mental convive com processos históricos de opressão, na medida em que suas condições de existência vão sendo precarizadas pelo racismo, sexismo, violência e pobreza. Desse modo, é importante pensar nos processos de produção de conhecimento nesse campo, mobilizando outras bases teóricas e políticas no sentido de avançar na discussão sobre essa dimensão do cuidado que envolve a reprodução de mecanismos de opressão e violência, ainda que no seio de políticas que afirmem os princípios de garantia de direitos e liberdade.

Em pesquisas preliminares, observei que a questão da familiarização do cuidado com a RPB e da sobrecarga dos familiares e cuidadores da rede socioafetiva dos usuários nesse processo era tema de numerosos trabalhos na literatura (Tsu, 1993; Campos E Soares, 2005; Randemark E Barros, 2009; Delgado, 2014; Kantorski *et al*, 2019). No entanto, ainda que muitos desses estudos apontem para a feminização do cuidado como desdobramento da familiarização e ressaltem a sobrecarga feminina consequente desse processo, os resultados encontrados sugerem a necessidade de maiores investigações acerca desses fenômenos, sobretudo no que diz respeito à forma como a responsabilização por essa função recai sobre essas cuidadoras, em maioria mulheres negras em contextos de vulnerabilização psicossocial. Passos (2011) nos convoca a pensar que este processo atualiza formas de opressão feminina

que permeiam as tarefas de cuidados, práticas também invisibilizadas no contexto do desmonte do aparato manicomial.

Nessa perspectiva, o presente trabalho buscou privilegiar em suas análises o diálogo entre diferentes noções de cuidado como categoria analítica e as abordagens nativas do campo da Atenção Psicossocial, que se tornaram mais evidentes, sobretudo, no trabalho de pesquisa empírica. Esse diálogo tenta retomar, a todo tempo, o eixo que norteia as hipóteses aqui levantadas: partimos da ideia de que as relações de cuidado no campo da Atenção Psicossocial podem atualizar e reproduzir a distribuição estrutural dos encargos do cuidado no campo social, e ganha contornos específicos em composição com os pressupostos teóricos, éticos, políticos e sanitários que estão em jogo na RPB, que vão assim modulando esse processo, ainda em curso, com suas tensões, contradições, avanços e rupturas (Passos, 2011; Passos e Pereira, 2017; Mexko e Benelli, 2022).

Portanto, o objetivo geral da pesquisa é investigar o processo de feminização e familiarização do cuidado em saúde mental que têm sustentado a efetivação ainda em curso da RPB, a partir da observação participante no cotidiano de um CAPS² da Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. Seus objetivos específicos são: observar as formas de gestão do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde mental, tendo em vista a participação de mulheres (as que compõem a rede socioafetiva dos usuários, mas também as profissionais cuidadoras de diferentes categorias que compõem as equipes dos serviços substitutivos) nas relações de cuidado construídas com os usuários; investigar a relação entre gênero, cuidado e trabalho no contexto da Atenção Psicossocial; e por último, investigar a relação entre cuidado e mecanismos de regulação de gênero que têm operado na reformulação da política assistencial em saúde mental no país.

Um dos desafios em abordar esse tema encontra-se na tensão entre apontar para a familiarização e feminização do cuidado como desdobramentos da RPB, na medida em que evidenciam as desigualdades constitutivas da atribuição social dos encargos do cuidado, sem com isso apontar para uma fragilidade ou problemas éticos no processo de reorientação da lógica de assistência à saúde mental no país. De certo modo, a literatura aponta que essa posição vem trazendo desvantagens para as cuidadoras, na medida em que os arranjos possíveis para manter o direito dos usuários à assistência em saúde em liberdade geram

²Centro de Atenção Psicossocial, é um dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial instituída em 2011 pela portaria GM/MS nº 3088 (Brasil, 2011). Trata-se de um serviço de atenção diária composto por uma equipe multiprofissional para cuidar de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com uma ampla e diversificada oferta terapêutica e em diferentes regimes de intensidade, de acordo com as necessidades de seus usuários.

sobrecarga, especialmente no contexto neoliberal em que se situa o processo de desinstitucionalização, no qual a própria implementação da nova política de saúde mental se dá em um cenário de precarização e sucateamento dos serviços públicos de saúde (Mexko e Benelli, 2022). No entanto, o que gostaria de ressaltar é que mesmo considerando o desinvestimento mais acentuado nos últimos anos, é possível questionar aqui que ao longo desse processo os esforços foram mais direcionados às práticas assistenciais, pouco atentos aos demais aspectos que envolvem o cotidiano de cuidados.

A contradição entre a invisibilidade e centralidade do cuidado na vida social pode se tornar mais evidente em situações em que o Estado se retira em alguma medida da partilha desses encargos. Lima (2016) traz uma reflexão sobre o contexto português, que evidencia a forma como as redes de cuidado informais que vão sendo mobilizadas quando não se pode mais contar com o sistema de proteção social do Estado em meio a uma crise socioeconômica. A autora destaca os efeitos das mudanças que abalaram não só os mercados, mas tiveram profundo impacto nos modos de vida, evidenciando a dinâmica de coprodução entre as políticas de austeridade e seus efeitos nos arranjos para garantir a sobrevivência em âmbito pessoal. Desse modo, é preciso considerar o contexto de implementação da Reforma à luz de processos históricos que resultam em um grau mais acentuado de precarização das relações de cuidado, já subalternizadas e pouco valorizadas, sendo assumidas geralmente pelo núcleo familiar e comunitário.

Nesse sentido, não se questiona aqui a importância da desinstitucionalização da assistência aos sujeitos em sofrimento psicossocial, da afirmação de seus direitos enquanto cidadãos e usuários do SUS, do cuidado no território e da inclusão da rede socioafetiva nos projetos terapêuticos. No entanto, a pesquisa tenta apontar para a maneira como mulheres são responsabilizadas pelas práticas de cuidado a essa população, que de certa forma reitera a naturalização da ocupação feminina na centralidade dos arranjos de cuidado aos mais vulneráveis. É importante marcar a diferença da proposta que se segue em relação aos discursos que endossam a ideia de desassistência pela rede substitutiva, e que favoreceram o retorno de práticas e instituições orientadas pela lógica manicomial. Entre outros retrocessos na formulação de políticas públicas para este campo nos últimos anos, assistimos à redução do orçamento para a manutenção dos equipamentos e programas já existentes, incluindo as áreas de pesquisa e formação dos profissionais que atuam nesses serviços. É nesse sentido que afirmo a importância de ocupar os espaços de produção de conhecimento, repensando as estratégias de luta para seguir fortalecendo a RPB, entendendo que se trata de um processo

ainda em curso, com tensões e contradições que demandam a ampliação dos debates em torno do cuidado nesse campo, suas formas de gestão e distribuição.

Para dar corpo às ideias que surgiam a partir das hipóteses e reflexões prévias, me remeto ao trabalho da antropóloga indiana Veena Das (2020), que propõe uma reflexão sobre o trabalho do etnógrafo em situações de violência. A pesquisadora parte de dois grandes eventos da Índia para capturar o cotidiano de comunidades que vivenciaram esses acontecimentos, tentando alcançar a maneira como comparecem na dimensão ordinária do tempo presente. Seu interesse não é descrever os eventos em si, nem os danos causados pelos episódios de violência e massacre, mas narrar as experiências de sobreviventes no convívio com as lembranças e consequências desses acontecimentos em suas relações cotidianas. As histórias não interrogadas ou acessadas de forma objetiva com seus interlocutores, mas através dessa descida ao ordinário, que descreve como o próprio trabalho do etnógrafo. De outro modo, Das (2020) tem interesse na forma como esses sujeitos habitam e (re)constroem o mundo que é possível a partir desses eventos, e na medida em que memórias, traumas e afetos comparecem e conformam seu cotidiano.

Nesse sentido, penso que a proposta de investigar as reverberações da mudança na lógica de assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico sugere essa “descida ao ordinário”, atentando para como a vida se organiza a partir dessas transformações das relações de cuidado, no cotidiano do local de tratamento que substitui o espaço asilar. Inspirada pelo percurso etnográfico de Das (2020), identifico um possível caminho através da análise dos “arranjos de cuidado” que vão sendo construídos no cotidiano dos serviços, na relação entre os profissionais, usuários e mulheres que atuam como agentes nesses arranjos. A noção de “arranjos de cuidado” (Fazzioni, 2018) é formulada como categoria analítica para pensar na dimensão da organização do cuidado para além das redes reguladas pelo Estado, mercado ou pelas relações de parentesco, na forma como os diferentes atores acionam os recursos possíveis em um dado contexto a fim de ““dar um jeito”, “resolver” [...], ainda que improvisadamente, um problema que se impõe cotidianamente” (p. 145). É, portanto, observar as práticas de cuidado na medida em que constituem “arranjos” que por vezes extrapolam os limites institucionais e prescritos pelas políticas públicas que determinam as ações nesse campo.

A ideia em realizar uma etnografia nesse contexto aposta na observação das formas de gestão do cuidado, que são atravessadas por múltiplos discursos e práticas, por questões sociais e culturais que convocam atores em diferentes níveis a participar desse cuidado compartilhado em comunidade. Desse modo, penso que o olhar para aspectos ordinários do

acompanhamento dos usuários em um serviço da rede substitutiva pode oferecer pistas para melhor compreender como a reorganização da lógica de atenção tributária da Reforma enquanto gestão estatal do cuidado em saúde mental, que passa pelas moralidades e responsabilidades atribuídas na constituição desses arranjos e que reificam mecanismos de regulação de gênero. É partindo desse ponto que proponho pensar a dimensão do cuidado feminino no contexto da RPB a partir do que se apresenta no cotidiano de um CAPS.

A pesquisa empírica foi realizada em um CAPS III³ da zona norte do município do Rio de Janeiro. A aposta no CAPS como campo de observação se deu pela sua função como ordenador do cuidado na rede de Atenção Psicossocial, no sentido de oportunizar o contato com múltiplos pontos de atenção, o que entendo como critério relevante para favorecer a observação dos arranjos de cuidado. A unidade foi escolhida pelo vínculo prévio com a equipe durante minha passagem como residente em saúde mental, o que considerei como um facilitador para a entrada no campo e execução da pesquisa, tendo em vista o tempo relativamente curto do mestrado. Outra dimensão relevante desta escolha se dá pelo fato de situar o campo em um serviço situado em um território já conhecido, uma vez que a dinâmica territorial é parte constituinte das ações de cuidado, bem como do modelo assistencial sobre o qual me dedico neste trabalho.

A metodologia utilizada foi a observação participante, entendendo que a inserção no serviço e interação com o grupo pesquisado seria importante para apreender os sentidos e discursos que estão implicados no cotidiano das relações de cuidado (Queiroz *et al*, 2007). Portanto, uma das apostas metodológicas foi compartilhar por período determinado do cotidiano de funcionamento do CAPS, observando as relações entre mulheres que se ocupam do cuidado dos usuários, na dimensão da institucionalização de sua familiarização e feminização. Os interlocutores da pesquisa foram parte dos trabalhadores do serviço e as cuidadoras que compõem a rede socioafetiva dos usuários, com as quais a pesquisadora pôde interagir de forma direta e indireta, pela circulação nos espaços públicos do serviço no período determinado para a pesquisa de campo. Entendendo que esses arranjos de cuidado podem incluir, além dos familiares e representantes legais, amigos, parcerias amorosas, pessoas que participam da gestão do cuidado no território, consideramos que qualquer acompanhante do usuário no serviço estará incluso nessa concepção de “cuidadoras da rede socioafetiva”.

³ Essa modalidade de CAPS, segundo a portaria GM/MS nº 3088, “proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes” (Brasil, 2011).

A entrada no campo se deu com a apresentação do projeto de pesquisa e o desenho que havia pensado para a observação à gestão do CAPS, que incluiria o espaço da convivência, a assembleia de trabalhadores, usuários e familiares e o “grupo de família”. A “convivência” se caracteriza pelo espaço por onde usuários, familiares, outros cuidadores dos usuários e trabalhadores do CAPS circulam, lugar de encontro e socialização enquanto aguardam um atendimento ou o início de alguma atividade, mas também onde por vezes acontecem alguns atendimentos, manejos de situações de crise, pactuações entre equipe, familiares e usuários, trocas entre esses atores etc. Trata-se, portanto, de um dispositivo clínico, talvez não tão reconhecido como atendimentos individuais e oficinas, mas cujo funcionamento sustenta a proposta de um serviço que opera para além da lógica ambulatorial. A assembleia funciona como espaço deliberativo, no qual trabalhadores, usuários, familiares e outros cuidadores discutem assuntos pertinentes ao funcionamento do serviço. O grupo de família é um espaço de apoio aos familiares e cuidadores dos usuários, onde podem compartilhar suas experiências, dúvidas e dificuldades. Trata-se de uma atividade assistencial coletiva específica do serviço pesquisado, que acontece quinzenalmente no espaço público do serviço, com a mediação de duas técnicas do CAPS.

Nesse momento de negociação prévia do campo, a coordenadora técnica do serviço sugeriu a inclusão do grupo de “suporte de pares”⁴, que também configuraria um espaço relacionado ao tema da pesquisa. Trata-se de um projeto idealizado por Eduardo Mourão, da Escola de Serviço Social da UFRJ, e apoiado pela Superintendência de Saúde Mental, já implementado em alguns CAPS do município. O grupo tem o objetivo de funcionar como espaço de ajuda mútua pela troca de experiências entre os cuidadores, coordenado por um familiar contratado para mediar os encontros e com o apoio da equipe técnica. É importante pontuar também que as atividades elencadas para a observação não apresentavam restrições em relação à faixa etária, sexo ou número de participantes.

Desse modo, assim que obtive a aprovação para iniciar o trabalho de campo, tanto do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, como da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, minha presença como pesquisadora foi pactuada com a equipe, usuários e familiares e cuidadores nos espaços deliberativos da instituição, como a supervisão clínico-institucional, onde participam todos os componentes da equipe, e a assembleia do serviço, onde estão presentes o coletivo de pessoas que circulam pelo CAPS (trabalhadores, usuários, familiares e membros da rede socioafetiva e do território). A participação no “grupo de

⁴ Para mais informações, consultar Vasconcellos (2013).

família” e no “suporte de pares” foi pactuada verbalmente com o coletivo que participa do grupo, a saber, trabalhadores que coordenam a atividade, familiares e outros cuidadores dos usuários. Essas medidas foram pensadas para negociar a inserção da pesquisadora em campo, garantindo aos participantes, usuários e trabalhadores o esclarecimento em relação aos objetivos da pesquisa, seus procedimentos metodológicos e os cuidados em relação ao sigilo e confidencialidade das informações observadas na escrita e divulgação dos resultados da pesquisa.

O período de pesquisa empírica teve duração de três meses, com frequência de dois dias semanais em campo, contando com a participação em cinco encontros do “grupo de família”, quatro encontros do “suporte de pares” e quatro assembleias. As vivências em campo foram registradas em um diário. Os dados coletados foram analisados e relatados na dissertação de modo a garantir o anonimato dos participantes e da instituição. É importante ressaltar que os participantes não foram entrevistados diretamente e que os registros foram feitos a posteriori, e não na cena observada, de modo a minimizar possíveis constrangimentos ou interferências na rotina das pessoas que frequentam o serviço, como a sensação de estarem sendo observadas ou avaliadas. A pesquisa privilegiou os espaços públicos do serviço em questão, com a ressalva da pesquisadora sair de cena em qualquer situação que envolvesse o sigilo das participantes, ou a pedido dos usuários, familiares ou da equipe técnica do CAPS.

No primeiro capítulo, apresento minha inserção e trajetória no campo da Atenção Psicossocial e suas implicações no processo de elaboração da questão que norteia o presente trabalho. Ao longo do texto, contextualizo a familiarização e feminização do cuidado no panorama histórico da RPB, dialogando com as discussões e produções do campo sobre o tema. No segundo capítulo, trago os relatos sobre a inserção em campo a partir da convivência do CAPS, as primeiras interações com os interlocutores, com a equipe e com os usuários. A partir do relato, trago as questões levantadas a partir da análise do material, estabelecendo um diálogo entre as noções de cuidado que aparecem como categorias nativas na pesquisa empírica e as categorias analíticas que são acionadas para pensar nessa atividade enquanto prática social gendrada e racializada. No terceiro capítulo, relato a inserção em outros espaços do serviço que foi lócus da pesquisa empírica, como a assembleia de usuários, familiares e profissionais e os grupos realizados com os familiares e cuidadores. Na análise desse material, as múltiplas camadas de sobrecarga e sofrimento psicossocial no exercício do cuidado se tornam mais evidentes, bem como as hipóteses em relação à massiva participação feminina nos arranjos, a complexidade do compartilhamento do cuidado com os profissionais do CAPS

e as dificuldades desse segmento em manter e fomentar sua articulação coletiva enquanto atores da RPB.

1 O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA DIMENSÃO DA FAMILIARIZAÇÃO E FEMINIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Neste capítulo, apresento minha inserção no campo da Atenção Psicossocial como trabalhadora, e, posteriormente, como essas vivências delinearão os contornos desta pesquisa. Este percurso será contextualizado à luz de alguns fragmentos da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, que ajudam a situar o problema de pesquisa – a saber, a familiarização e feminização do cuidado em saúde mental – e os serviços/instituições que compuseram minha trajetória no SUS e onde a pesquisa empírica foi realizada. Desse modo, ao revisitar os caminhos de minha formação como psicóloga, militante da Luta Antimanicomial e pesquisadora do campo da saúde coletiva, vou trazendo algo do processo de construção desse modelo de assistência em saúde mental, e como essas transformações micro e macropolíticas foram se apresentando em novas configurações de cuidado e em novas questões para o próprio movimento, uma vez que outros atores vão sendo convocados a compor a luta diária pelo fim dos manicômios.

Minha aproximação com o tema tem início na graduação em Psicologia, nos primeiros contatos com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a partir de uma interlocução entre a militância e a universidade. Meu primeiro contato com a rede de Atenção Psicossocial foi como estagiária de um CAPS no município do Rio de Janeiro, e em seguida na rede de saúde mental de Niterói, quando pude conhecer um pouco da história da RPB pela vivência compartilhada por muitos dos usuários que conheci nesses serviços, bem como por seus familiares e trabalhadores da rede, que também atuam na luta por uma vida possível fora das instituições psiquiátricas. A inserção como estagiária se deu no ano de 2014, momento em que ambos os municípios contavam com uma rede de serviços substitutivos em expansão que, no entanto, contava ainda com leitos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, além das internações de curta duração nessas instituições em casos de agudização.

Esse movimento toma corpo no Brasil a partir da década de 1970, no contexto de retomada do regime democrático no país, seguindo experiências internacionais de contestação do saber psiquiátrico e da lógica de aprisionamento da loucura, a partir da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental para a luta por uma sociedade sem manicômios (Amarante, 2007). Pode-se dizer que sua história não compõe uma trajetória linear, mas que precisa ser contada em suas complexidades e torções, continuidades e descontinuidades, avanços e retrocessos. O marco que institui a Reforma Psiquiátrica no Brasil enquanto política pública é a lei nº 10.216 (Brasil, 2004), que dispõe sobre os direitos

dos cidadãos em sofrimento psíquico e sobre as mudanças no modelo de assistência em saúde mental no país. A implantação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico é impulsionada a partir desse marco institucional, mas a RPB deve ser compreendida para além da estrutura assistencial.

Para Amarante (2007), trata-se de um processo complexo, que envolve mudanças nos paradigmas teórico-científicos que sustentam saberes e práticas no campo da saúde mental, nas construções socioculturais em torno da loucura e na dimensão jurídico-política para garantir os direitos dos usuários e a reorientação da lógica de cuidado enquanto política pública. É na intersecção entre as condições de assistência para essa população e a crítica social em torno do adoecimento psíquico que as questões para esse trabalho se colocam, na medida em que a RPB parece evidenciar as relações de poder que envolvem a distribuição do cuidado em saúde mental, com a crescente desresponsabilização do Estado pela sua gestão cotidiana, reiterando o lugar historicamente ocupado por mulheres periféricas e negras nas práticas de cuidado.

Ainda na época dos estágios da graduação, me recorro de ouvir um familiar dizendo da dificuldade em “cuidar” de seu filho (um usuário com questões de saúde mental crônicas, mas sem apresentar sofrimento agudo no momento da interação) sem a possibilidade de mantê-lo em uma instituição de caráter asilar. Esse relato me causou algum espanto e até certo desconforto. Posso dizer que, em minha curta experiência profissional até então, e de vida vivida mesmo, julguei aquela fala de forma muito negativa. Vinha com uma bagagem acadêmica que balizava minha crítica ao discurso psiquiátrico como produtor de patologização e medicalização do sofrimento, e do hospital psiquiátrico como executante dessa lógica normativa de enquadrar desvios de comportamento em diagnósticos de transtornos mentais. Tinha notícias do papel importante de familiares e usuários na luta pela RPB, na denúncia contra as condições em que as pessoas eram tratadas nessas instituições. E aquela fala seguiu ressoando como um grande absurdo até perceber que não era algo tão “fora da curva”, mas uma questão muito recorrente no cotidiano dos CAPSs, diante da sobrecarga das famílias, da falta de recursos materiais, emocionais e sociais para mediar a relação de seus familiares com o mundo, do sucateamento e negligência sistemática dos gestores dos municípios com a RAPS.

Ao ingressar no programa de residência multiprofissional em saúde mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ, me deparei com diferentes cenários de prática, nos quais pude acompanhar mais de perto a articulação do cuidado aos usuários, que envolviam as famílias, pessoas da rede socioafetiva e trabalhadores dos serviços que atuavam como

referências no cuidado nos serviços da RAPS. Acompanhei usuários moradores da baixada fluminense internados em uma instituição psiquiátrica na zona sul do município do Rio de Janeiro. A distância se colocava como barreira importante para o apoio e articulação da possibilidade de alta hospitalar e continuidade do cuidado no território e possibilidades de vida além dos muros da instituição. Por vezes, os cuidadores e os serviços territoriais justificavam as ausências no período da internação pela dificuldade de acesso, que se somava às dificuldades já presentes no convívio cotidiano com esses usuários, na precarização da assistência fora da instituição (ainda que o hospital psiquiátrico também funcionasse de forma precária em termos de recursos terapêuticos, mas parecia ser uma garantia de proteção, de que o usuário estaria sendo assistido e monitorado), na sobrecarga de cuidados em âmbito familiar, nas situações que envolviam algum risco ao usuário ou à família nos territórios onde viviam, ou na insuportabilidade mesmo em lidar com seus sintomas ou com a forma como o sofrimento se expressava em cada sujeito, não só nos momentos agudos (como na internação).

Como residente também trabalhei em dois CAPS III no município do Rio de Janeiro, onde pude acompanhar essas relações de cuidado de forma mais longitudinal. Alguns usuários dispunham de maior autonomia e conseguiam não só chegar ao CAPS sozinhos, como gerir sua frequência no serviço e a administração da medicação. Mas boa parte deles contava com o apoio de um acompanhante, seja da família ou de sua rede de apoio, que ficavam na função de gerir esse cuidado com a equipe. A relação com os familiares, na perspectiva de trabalhadora, por vezes era tensa, como quando apresentavam demandas de intervenção quando não havia indicação pelo quadro clínico, como internação ou acolhimento noturno, ajuste medicamentoso ou algum outro recurso que o serviço era responsabilizado por não prover para auxiliar na contenção dos sintomas mais difíceis de manejar no cotidiano (por vezes pelo cansaço e desesperança dos familiares nas alternativas indicadas); por vezes a tensão se dava pela ausência de rede de apoio, o que fazia com que o CAPS precisasse tensionar a família ou outras figuras que deveriam partilhar da responsabilidade de cuidado desse usuário. Mas havia também relações de aliança e corresponsabilidade entre técnicos e familiares, cuidadores, cônjuges; relações importantes e fundamentais não só para garantir o bem-estar do usuário na sua relação com o campo social, mas para os cuidadores, que por vezes se sentiam sobrecarregados e adoecidos com as atribuições do cuidado.

Nesse ponto, considero importante fazer algumas marcações para que esse grupo, que estamos nomeando aqui como familiares e cuidadores, não seja compreendido como um grupo homogêneo, apesar dos dados serem trazidos de forma agregada. Em minha passagem por esses serviços, observei que a maior parte das pessoas que compunham efetivamente as

redes de cuidado fora das intuições eram mulheres, com algum vínculo familiar com o usuário (mães, avós, irmãs, esposas, tias), negras, pobres, desempregadas ou com alguma dificuldade em conciliar a tarefa de cuidado com algum vínculo empregatício ou atividade informal de geração de renda; muitas vezes eram a principal, quando não única, referência de cuidado do usuário para além do serviço.

As equipes dos serviços territoriais também contavam com uma maioria feminina, independente das diferenças entre os cargos e níveis técnicos. Esse dado acompanha a tendência bastante documentada na literatura acerca das profissões no campo da saúde, na medida em que encarnam a ideia de um fazer feminino na esfera pública, e de como estas marcas de gênero estão relacionadas à precariedade das relações de trabalho nessas atividades (Quitete; Vargens; Progiante, 2010). No entanto, era possível observar uma maioria branca entre as profissionais de nível superior, e maioria negra entre as técnicas de nível médio e profissionais da equipe de apoio (auxiliares de serviços gerais, copeiras e controladoras de acesso). Na instituição psiquiátrica, por exceção, a distribuição por gênero não se apresentava de forma tão desigual de modo geral, mas aparecia de forma mais acentuada em algumas categorias (entre os médicos os homens eram maioria, enquanto as equipes de enfermagem e serviço social contavam com mais mulheres em sua composição). Outras categorias profissionais apareciam em menor número, o que pode dizer também sobre a ênfase no caráter biomédico da assistência.

Ainda na graduação, motivada pelo contexto político de maior visibilidade dos movimentos feministas e mobilizada pelas disputas narrativas dentro da própria universidade, me aproximei das discussões sobre gênero e sexualidade, pensando nas marcas da lógica sexista e heteronormativa na produção de subjetividade. Esse interesse se desdobrou no trabalho de conclusão do curso, no qual trago um relato sobre meu processo formativo como graduanda em Psicologia, levantando questões acerca das implicações da invisibilidade do gênero na formação de uma categoria profissional composta majoritariamente por mulheres. Essa temática também me acompanhou ao longo da residência em saúde mental, quando pude aprofundar as reflexões e leituras na produção do trabalho de conclusão. Buscava pensar o itinerário de mulheres que tiveram suas vidas atravessadas por um diagnóstico psiquiátrico, como pacientes ou como cuidadoras, em sua maioria negras, pobres e periféricas, usuárias de uma complexa rede de serviços públicos que impõe uma série de barreiras de acesso à assistência em saúde, tais desvantagens se apresentam em múltiplas situações de vulnerabilidade que atravessam suas experiências. A ideia era poder refletir sobre os avanços do debate sobre gênero no campo da Saúde Mental, mas também o que ainda se reproduz da

lógica manicomial, que opera na produção de iniquidades de gênero e se atualiza nos dispositivos da rede territorial.

Seguindo como trabalhadora da RAPS, como acompanhante terapêutica em um Serviço Residencial Terapêutico, e mais recentemente como Psicóloga em um Núcleo de apoio à Saúde da Família, ingressei no mestrado com a intenção de seguir pesquisando sobre a história de mulheres e sua relação com a RPB. Na elaboração inicial do projeto de pesquisa, buscava refletir sobre as possibilidades e caminhos de cuidado ofertados nessa rede tendo em vista a relação entre gênero e saúde mental. Após algumas reformulações em torno deste objeto, percebi que a minha inquietação vinha justamente do lugar de trabalhadora, de estar em contato com as vivências de outras mulheres e com os atravessamentos das marcas da opressão não só de gênero, mas também de raça e de classe que aparecem no cotidiano dos serviços que compõem a rede de Atenção Psicossocial. Partindo da ideia de uma perspectiva parcial afirmada por Donna Haraway (1995), na produção de saberes localizados e encarnados, posso dizer que é desse lugar que opera, ética e afetivamente, o interesse em debater esse tema no campo da Saúde Coletiva e de como ele se apresenta como objeto de pesquisa. Esse percurso convoca a um olhar para as práticas de cuidado enquanto práticas sociais, também atravessadas e reguladas por normas de gênero, e na forma como reverberam nos modos de existência e possibilidades de agência no campo social.

Trazendo um pouco dessas inquietações a partir do fazer, entendi que havia uma questão na forma como, no cotidiano da Reforma Psiquiátrica brasileira, mulheres foram ocupando o lugar principal nos arranjos de cuidado construídos em conjunto com os usuários da Rede de Atenção Psicossocial, seja pela presença maciça como profissionais nos serviços de saúde mental, seja como principais responsáveis pelo cuidado em âmbito doméstico. Para o propósito que começo a esboçar, a noção de “arranjos de cuidado” (Fazzioni, 2018) é útil na medida em que coloca em questão as relações que sustentam a tessitura de uma rede que envolve a família, amigos, vizinhos, atores do território, e que escapa, de certo modo, das noções e dispositivos de cuidado trabalhados pelos equipamentos de saúde. Nessa perspectiva, entende-se que o cuidado pode envolver arranjos de duração variável e é sustentado por uma rede complexa de relações socioafetivas.

Me parece que no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização da loucura e familiarização do cuidado representaram um envolvimento maior de mulheres na assistência direta aos sujeitos em sofrimento psicossocial, seja pela composição das equipes nos serviços territoriais e na ampliação das ofertas de cuidado – entendendo que a mudança de paradigma teoricamente envolve a diversificação de ofertas terapêuticas, e como as diferentes

categorias profissionais ocupam esse espaço, antes restrito à instituição hospitalar, influenciam na feminização dos serviços –, seja pela convocação preponderante de mulheres (mães, irmãs, tias, cônjuges, vizinhas) nos arranjos de cuidado construídos para além dos serviços.

É importante ressaltar aqui que não se trata de partir da categoria “mulher” como um grupo homogêneo, mas de considerar a universalização estereotipada de um feminino branco, cisgênero, heterossexual, ocidental, que traz desvantagens importantes para essas mulheres nas práticas sociais (Butler, 2016; Mohanty, 2008). Nesse sentido, a proposta deste trabalho é acompanhar como mulheres, atravessadas por diferentes marcas sociais e a partir de posições distintas, vão sustentando os arranjos de cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços e das relações entre os atores envolvidos nesses arranjos no território. Essa tarefa não implica em considerar apenas as alianças entre mulheres, incluindo a ampliação de suas redes de apoio e cuidado no território, mas também compostas por tensões e desigualdades constitutivas desses arranjos, com os quais sustentam a aposta política do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico na comunidade.

Desse modo, o desenho desta pesquisa foi tomando forma a partir das seguintes questões: como se constituem as relações e as tensões entre o cuidado enquanto tarefa tradicionalmente delegada às mulheres, especialmente, pobres, negras e menos escolarizadas e as modulações da Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento a favor da emancipação dos sujeitos e possibilidades de existência? Em que medida essa familiarização do cuidado representa maior responsabilização e sobrecarga para essas mulheres pobres, negras e periféricas, que muitas vezes se dividem em múltiplas jornadas de trabalho? Como se configuram as relações entre as mulheres que trabalham nos serviços, e, portanto, também cuidadoras desses usuários, com as cuidadoras em âmbito doméstico e informal? Qual a dimensão disciplinadora/normativa do cuidado e como isso se manifesta em regulações de gênero, articulado a marcadores de raça, classe e território?

Se faz importante, portanto, investigar como a RPB pode acionar certas relações de poder em nome desse cuidado, com a crescente desresponsabilização do Estado pela gestão cotidiana do cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico, na medida em que a política de saúde mental se ancora e reforça a histórica feminilização do cuidado, fortemente racializada e atravessada por desigualdades de classe e territórios. De outro modo, como os serviços de base territorial estão podendo acolher e gerir o cuidado aos seus usuários, entendendo essa gestão na dimensão apresentada por Lima (2002), em seu duplo sentido de gerar e gerir: a gestão estatal da loucura pressupõe certa negligência sistemática de caráter gendrado e

racializado, contribuindo para maior vulnerabilização psicossocial dos sujeitos a serem contemplados nessa pesquisa, a saber, as mulheres que se ocupam do cuidado; enquanto essa mesma gestão responde pela política assistencial que se propõe a acolher esses sujeitos em suas múltiplas necessidades, incluindo a ampliação de suas redes de apoio e cuidado no território.

1.1 Contextualização da reforma e as implicações clínico-políticas na reorganização da assistência e no imaginário sociocultural

A Reforma Psiquiátrica brasileira constitui um processo político e social complexo, que está para além da instituição de leis e normativas que orientam a implementação dos serviços substitutivos à lógica asilar, como mencionado anteriormente. Trata-se de “um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, [...], marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (Brasil, 2005, p. 6), que envolve atores, instituições e discursos de diversos campos, cujos efeitos incidem “nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública” (Brasil, 2005, p. 6). Pode-se dizer que a RPB é um movimento vivo, que se apresenta no cotidiano dos serviços e instituições que envolvem a RAPS, mas também no seio das relações sociais e no manejo do sofrimento psicossocial.

Amarante (1998) adverte que a utilização do conceito de Reforma traz problemas de ordem política e conceitual. A prevalência do termo na literatura e na história do movimento social constitui em si um paradoxo: a expressão está relacionada a mudanças mais “superficiais, cosméticas, acessórias” (Amarante, 1998, p. 150), que não representam transformações efetivas na estrutura das relações sociais em torno da loucura e do adoecimento psíquico, mudanças que não atingem, portanto, a base das instituições manicomiais. No entanto, uma justificativa possível para sua permanência seria a necessidade estratégica, em diversos momentos da história brasileira, em constituir consenso e evitar disputas com narrativas mais conservadoras, bem como neutralizar oposições dentro do próprio movimento, que poderiam fragilizar o projeto em curso.

A contestação às formas de exclusão social e violação de direitos presentes no modelo assistencial vigente só seria possível no contexto de reabertura política, no qual a sociedade civil estava mobilizada em torno do debate pela retomada de valores democráticos e da liberdade política. A década de 70 foi marcada por esse movimento de pressão da oposição ao regime, que, em resposta, tentava propor estratégias para uma transição “lenta, gradual e segura”. No que tange à assistência em saúde mental, a crítica às condições de tratamento e assistência nas instituições psiquiátricas no país, tanto públicas como privadas, tem como marco a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, que lutava também por melhores condições de trabalho nas instituições psiquiátricas e regularização dos vínculos empregatícios (Pereira, 2004).

Segundo Pereira (2004), o período inicial do regime militar foi marcado por um intenso investimento na rede privada de assistência em saúde, levando a um aumento importante no número de leitos disponíveis em hospitais psiquiátricos, e, conseqüentemente, da população internada em tais instituições. Muitos desses leitos eram conveniados e atendiam à demanda da rede pública de saúde. A assistência em saúde mental nesse momento se caracterizava pela centralidade no modelo hospitalar, com longas internações, muitas vezes sem proposta terapêutica ou perspectiva de saída da instituição. Os manicômios funcionavam basicamente com a função de cárcere, com o intuito de segregar a população adoecida do convívio social com a anuência do Estado, ainda que nenhum crime tenha sido cometido.

Nesse contexto, o recurso da assistência extra-hospitalar em ambulatórios de Psiquiatria também funcionava de acordo com a lógica de contratação de serviços privados e sua ampla difusão como estratégia de atenção às pessoas em sofrimento psíquico era denunciada pelo movimento como processo de mercantilização da saúde e psiquiatrização da sociedade. Desse modo, a necessidade de desospitalização da assistência era defendida como um passo importante para o fim da exclusão e encarceramento dessas populações, mas a contratação de serviços conveniados era percebida como um grande entrave, na medida em que a lógica do mercado levava, na prática, a uma internação em massa. Aliado a isso, a privatização da assistência também atravessava os contratos e condições de trabalho, situação que impactava diretamente na clínica e nas condições de assistência, submetidas à lógica do empregador, e não às necessidades dos sujeitos assistidos.

No fim da década de 70, as denúncias feitas pelo MTSM sobre as condições de vida e trabalho nas instituições psiquiátricas foram ganhando destaque nos meios de comunicação e mostrando a realidade do interior dos manicômios à sociedade civil, que funcionavam apesar de não haver nenhum respaldo legal sobre a tutela dessa população, constituídas no modelo

assistencial centrado na Psiquiatria e no asilo, como “ineficiente, cronificador e estigmatizante” (Amarante, 1998, p. 107).

No início da década de 80, a tônica do debate foi se encaminhando para a questão da garantia de direitos e cidadania à população institucionalizada, do lugar do “louco” na sociedade, além da importância do Estado na condução das políticas e ações de saúde, mas de forma democrática, garantindo a participação popular para sua construção em consonância com as necessidades da população. Nessa conjuntura, as principais reivindicações do movimento eram garantir a não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e controle das internações na rede conveniada, a integração da assistência a partir da regionalização das ações e serviços de saúde mental e humanização e reinserção social dos sujeitos institucionalizados por equipes multiprofissionais (Vasconcelos, 2008).

Um aspecto importante do MTSM é que suas pautas não se restringiam a mudanças na estrutura assistencial e trabalhista, mas que essa proposta estaria incluída em um contexto mais amplo de transformação social, orientada por ideais de justiça social e democracia. Amarante (1998) ressalta que por sua pluralidade interna, o fato de ser composto por várias categorias profissionais que atuavam na área, além de seus apoiadores, o MTSM pode ser considerado o primeiro movimento em saúde com ampla participação popular. Duarte (2010) afirma que a luta se articula em torno da mudança nas representações socioculturais da loucura e no combate às formas de exclusão que se autorizam a partir dessa experiência, afetando as relações sociais como um todo, para além do campo de ação da Psiquiatria, uma vez que “[...] exige iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na vida das cidades” (p. 146).

Em 1987, ocorre o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, encontro que representa um amadurecimento do movimento, na compreensão de que a Reforma deveria ir além do campo institucional, pela transformação da assistência em saúde mental e ocupação de cargos na administração estatal, mas aprofundar o debate sobre novas estratégias de ação no âmbito sociocultural, levando ao campo social as questões relacionadas à loucura e ao saber psiquiátrico (Amarante, 1998; Vasconcelos, 2008). Nesse momento, aparece a importância de uma visão integral do sofrimento psíquico, tensionando a hegemonia do discurso biomédico na construção de uma nova relação social com aqueles que demandam cuidado em saúde mental. Essa virada se expressa no lema que se torna a bandeira de luta do movimento, “Por uma sociedade sem manicômios”, que passa a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, marcando sua aproximação com entidades de outros segmentos, notadamente de usuários e familiares. Como é possível atestar no Manifesto de

Bauru (1987), documento construído como resultado das discussões do Congresso, a luta contra a desigualdade social era compreendida como parte da luta pela superação da lógica manicomial.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987).

Essa leitura do manicômio como lógica que reproduz o modelo de exclusão social é mediada por Basaglia (1985), um dos principais atores da Psiquiatria Democrática Italiana e importante referência para o modelo brasileiro, e endossada na contemporaneidade por Passos e Pereira (2017). Estes autores compreendem que a instituição encarna a apropriação das relações sociais pela Psiquiatria, na medida em que esse campo de saber e práticas opera classificando certas experiências e vivências como doenças mentais, para então justificar o isolamento de determinados grupos ou pessoas em instituições asilares. Nesse sentido, acompanho a relação que se propõe entre a lógica manicomial como mecanismo de reprodução das contradições e desigualdades intrínsecas ao modo de produção capitalista, entre elas opressão de gênero, raça e classe, e na importância dessa reflexão para uma análise crítica de como se atualiza nos dispositivos da rede territorial.

No fim da década de 80, a tônica do movimento alcança um nível de ruptura mais propriamente antimanicomial ao incorporar a noção de desinstitucionalização da assistência, rompendo totalmente com a lógica asilar, e a proposição de uma rede substitutiva, tendo em vista os efeitos iatrogênicos da hospitalização e a violação de direitos humanos (Amarante, 1998). Nessa perspectiva, o binômio saúde-doença deve ser analisado em sua concretude sócio-histórica, situada na crítica às relações de poder constituídas a partir do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização está para além da desospitalização, no entendimento das instituições em sua dimensão produtiva e dinâmica, que mobiliza um conjunto de saberes e práticas que engendram formas de ser, se relacionar e perceber. Caracteriza-se, portanto, como uma crítica radical às estratégias reformistas e sua impossibilidade de produzir mudanças significativas nas relações sociais. É possível perceber que essa noção segue como referencial importante para o movimento, ainda que assuma um viés menos radical ao longo do tempo.

Em 1988 tem-se a aprovação da nova Constituição Federal, resultado de um processo com ampla participação popular e cuja tônica era a garantia de direitos sociais. O documento

conta com um capítulo sobre a saúde, que passa a “ser entendida como um direito social que deve ser assegurado pelo Estado” (Pereira, 2004, p. 105). É criado o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela coordenação das políticas e ações de saúde no território nacional. Outra importante alteração do texto foi a reorganização político-administrativa da Federação, que estabelece a autonomia dos municípios. A regionalização da assistência, bem como outros precedentes abertos com a nova Carta, tem impactos importantes na RPB. Nesse período, tem início uma série de experiências inovadoras no campo da saúde mental que se tornaram modelos para o processo de reorientação da lógica de atenção, que só puderam ser implementados a partir da autonomia de estados e municípios na implementação de serviços e instituição de políticas públicas em âmbito local. Como destaca Pereira (2004), “a grande reformulação legal conformada a partir da Constituição de 1988 serviu como impulso para colocar na agenda o tema da reformulação da política de assistência psiquiátrica no Brasil” (p. 105).

Esses avanços normativos do governo federal são associados ao ativismo do MNLA – apesar do refluxo dos movimentos sociais em geral nesse período – que tem nas esferas de governo, municipal, estadual ou mesmo federal, seus aliados para implementação de uma nova rede de atenção e cuidado em saúde mental, principalmente, na crescente municipalização da saúde, pelo Sistema Único de Saúde - SUS e pela organização social de familiares e usuários (Duarte, 2010, p. 141).

É importante ressaltar aqui o papel das associações de familiares e usuários de serviços de saúde mental ao longo da história da RPB. Tais associações surgem a partir da mobilização desses atores em torno preocupação com a assistência prestada aos pacientes, tanto nas instituições psiquiátricas como nos novos serviços que foram sendo implementados; algumas foram criadas externamente aos equipamentos de saúde, outras com o apoio dos trabalhadores em sua articulação. Nesse sentido, Duarte (2010) afirma que além da ênfase nas denúncias das violações ocorridas nos hospitais, essas associações se unem a diversas organizações da sociedade civil – como sindicatos, conselhos de algumas categorias profissionais, movimento estudantil, entre outros – na superação da lógica manicomial e na garantia do exercício da cidadania. Amarante (1998) afirma que ao final da década de 80, essas associações passaram a ganhar maior destaque na luta política pela transformação do modelo hegemônico e na criação de novas estratégias de cuidado, mesmo quando o MTSM vinha perdendo terreno com a incorporação de algumas lideranças ao aparelho estatal.

A emergência dos usuários como sujeitos políticos preocupados com as questões relativas à sua experiência, sua condição e seus direitos, traz a novidade do seu protagonismo no processo de transformação da política de saúde mental em curso. Por outro lado, demonstra que a convivência com o louco-cidadão impõe novos

rumos ao debate e outro olhar sobre a questão, a partir da luta pela transformação das práticas técnico-assistenciais e do universo da loucura e da exclusão em nosso país (Duarte, 2010, p. 138).

Outro fragmento importante da história da RPB é a apresentação do Projeto de Lei nº. 3657, apresentado pelo deputado Paulo Delgado à Câmara dos Deputados, em 1989, e os debates em torno de sua aprovação que atravessaram a década seguinte até sua promulgação como Lei nº. 10.216, em 2001. Conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, é considerada um marco legislativo no sentido da adoção, pela esfera federal, de uma política pública de saúde mental alinhada aos princípios da RPB (Brasil, 2005; Duarte, 2010). O contexto político era marcado pela recente elaboração da nova constituição em 1988 e pela primeira eleição direta para presidência da República após o período do regime militar. A elaboração do projeto se dá em torno de dois eixos principais: a cidadania dos sujeitos portadores de transtornos mentais, tema no qual se propõe a introdução de uma instância jurídica para revisão das internações involuntárias e compulsórias, a fim de evitar abusos de poder frequentes no campo da Psiquiatria; e da reformulação da lógica de assistência a partir da progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos para implementação de uma rede de serviços substitutivos de base comunitária.

É necessário retomar aqui que o projeto de Lei Paulo Delgado, mesmo antes de sua promulgação, inspirou a aprovação de leis estaduais e municipais que determinavam a substituição progressiva do aparato manicomial por uma rede integrada de assistência à saúde mental, fazendo avançar o processo de Reforma Psiquiátrica em todo país. Na década de 90, com base em experiências como o primeiro CAPS implantado em São Paulo e do NAPS em Santos (que funcionava 24 horas), o Ministério da Saúde publica portarias que permitem o financiamento e ampliam o escopo de dispositivos de assistência em saúde mental, que além da internação hospitalar e atendimentos ambulatoriais, passam a incluir os atendimentos em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e os atendimentos em Oficinas Terapêuticas.

É a partir dessas experiências que se pode observar que as políticas públicas para assistência em saúde mental vão ganhando contornos mais alinhados às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. No início da década de 2000, no contexto da aprovação da Lei 10.216 e da realização da III CNSM, em 2001, percebe-se que a política de saúde mental a nível federal vai se ampliando, com a criação de linhas de financiamento para a implementação dos serviços substitutivos e mecanismos para a fiscalização e redução programada dos leitos psiquiátricos pelo país (Brasil, 2005).

Nesse período, destaca-se a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, dispositivos essenciais para a desinstitucionalização da assistência e devem proporcionar a reinserção de seus moradores na comunidade a partir da promoção de sua autonomia e recuperação da contratualidade social. Outro destaque no campo normativo seria a criação do programa “De volta para casa”, em 2003, que institui o pagamento de um auxílio-reabilitação para sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos, visando impulsionar a desinstitucionalização, ampliando condições para exercício da cidadania, reabilitação e integração social.

Além disso, tivemos a reformulação da normativa que institui a implementação dos serviços de atenção diária, ampliando sua abrangência em território nacional, estabelecendo modalidades específicas de atenção (como os destinados à infância e adolescência e aos sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas) de acordo com o porte do município, o nível de complexidade da assistência e a clientela a ser assistida. A normativa (Brasil, 2004) diz que os CAPSs “deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (p. 125). Os CAPSs são responsáveis pela coordenação do cuidado na rede de saúde mental em seu território, mobilizando os diversos pontos da atenção para garantir a integralidade do cuidado. Buscam superar a lógica ambulatorial e individualizante, agregando outros recursos terapêuticos para além dos saberes *psi*.

É importante ressaltar aqui que os avanços na implementação do projeto de Reforma Psiquiátrica em direção à lógica da Atenção Psicossocial nesse período e nas décadas seguintes certamente produziram efeitos na dimensão social da Reforma, para além da expansão da rede substitutiva e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. É preciso destacar que tanto a RPB como o movimento da Reforma Sanitária instituem mecanismos de controle social que buscam garantir a participação dos diversos segmentos sociais na construção das políticas públicas em saúde, incluindo usuários e familiares. Em conjunto com o funcionamento desses novos dispositivos assistenciais, vão produzindo novas relações entre esses atores, o Estado e os trabalhadores, na medida em que suas funções e graus de autonomia e responsabilização pela gestão do cuidado vão sendo realinhados e pactuados no cotidiano da Reforma. Alguns desses aspectos serão aprofundados nos próximos tópicos, de modo a contribuir para a discussão que se pretende nesse trabalho.

1.2 Como se organiza a Rede de Atenção Psicossocial

Entende-se que o cuidado em saúde mental deve ser articulado em rede, de modo que se possa conectar os vários pontos de atenção em saúde para garantir que os sujeitos serão assistidos em sua integralidade. Portanto, a ideia de uma rede de cuidados está para além do conjunto de serviços, ela comporta em si uma lógica de articulação, de compartilhamento de responsabilidades e de acesso a diferentes dispositivos da comunidade que se conectam para promoção de saúde, autonomia, cidadania e integração social para os sujeitos em sofrimento. Pode-se dizer que a ideia de um cuidado em rede contrapõe a lógica da instituição total, entendendo que um único equipamento nunca poderá dar conta da complexidade das demandas que podem surgir no cotidiano de toda a população de um dado território (Brasil, 2005). A articulação em rede deve contemplar não só os equipamentos de saúde, mas deve ser intersetorial, envolvendo os dispositivos da assistência, da cultura, da justiça, entre outros. Entende-se também que essa rede está em constante movimento de acordo com os fluxos do território, outro conceito chave para a compreensão do cuidado na Atenção Psicossocial, que será abordado em seguida.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela portaria nº 3088, em 2011, destinada a ampliar a oferta terapêutica “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2011), integrando a saúde mental a todos os níveis de atenção à saúde. A RAPS tem por objetivo fortalecer a implementação de redes intersetoriais e regionalizadas, buscando promover a continuidade e equidade do cuidado, por meio de ferramentas de apoio técnico e de gestão que ajudem a integrar recursos de diferentes densidades tecnológicas (Macedo *et al*, 2017). A portaria estabelece que a RAPS em cada região de saúde deve estar estruturada nos seguintes pontos de atenção: atenção primária (unidades básicas de saúde, equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, equipes de Núcleo de apoio à Saúde da Família e Centro de Convivência), atenção psicossocial especializada (onde se situam os CAPS em suas diferentes modalidades), atenção à urgência e emergência (SAMU, UPA, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); atenção residencial de caráter transitório (unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas), atenção hospitalar (serviço hospitalar de referência e enfermaria especializada em Hospital Geral), estratégia de desinstitucionalização (Serviços Residenciais

Terapêuticos) e reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais) (Brasil, 2011).

O escopo atual dos dispositivos de atenção em saúde mental articulados em rede sinaliza a tentativa de garantir o acesso ao cuidado em diferentes níveis de intensidade, modalidade e graus de urgência. Esse amplo espectro que o desenho da RAPS busca alcançar parece diluir a atenção em diversos pontos, entendendo que esse cuidado precisa ser compartilhado entre vários, e, em certa medida, para espantar o “fantasma” da desassistência que aparecia em alguns discursos que se colocavam contra os pressupostos da Reforma. É importante notar que são previstos dispositivos de moradia transitória para as situações que envolvam níveis extremos de vulnerabilidade social – ainda que haja uma discussão importante em relação às contradições em torno da inclusão das comunidades terapêuticas.

Nesse sentido, fica evidente que a assistência passa a ser cada vez mais orientada pela lógica do compartilhamento de responsabilidades, mesmo que esse movimento seja complexo na prática cotidiana por uma série de precariedades que se apresentam, desde a estrutura dos próprios serviços até a fragilidade das redes de apoio dos usuários e seus familiares nas diversas dimensões de sua realidade socioeconômica. A divisão do cuidado entre múltiplos atores, incluindo outros dispositivos para além dos serviços de saúde, tem implicações importantes para a construção da lógica de cuidado que vai se dando ao longo desse processo.

1.3 Diretrizes e pressupostos do cuidado em saúde mental no paradigma atual

Nesse ponto, é pertinente trazer alguns princípios e diretrizes que orientam a transformação do paradigma de assistência em saúde mental, e que vão conformando e construindo em muitas mãos as bases da noção de cuidado nesse campo. Entendo que essa base é útil aqui para contextualizar não só as discussões sobre as relações de cuidado, mas para ajudar a situar as experiências vividas em campo que serão relatadas ao longo da dissertação. Desse modo, apresentar algumas noções chave para o entendimento da lógica de cuidado na Atenção Psicossocial é importante, na medida em que revisitá-las aqui pode ser entendido como uma tentativa de estranhar o familiar, daquilo que por vezes passa despercebido na forma como uma pesquisadora, que é também nativa, consegue contar sobre esse cotidiano da Reforma (Velho, 1978).

Delgado (2007) afirma que para a construção de uma nova prática clínica se faz necessário entender, primordialmente, a dimensão ética que envolve a sustentação dessa clínica em diversos espaços de cuidado. A articulação dessa prática em rede diz da afirmação radical de que, além do cuidado em si, trata-se do movimento de construir um lugar social para a loucura e dos sujeitos que convivem com o sofrimento psíquico. Portanto, ela se dá não só nos CAPS, mas nas residências terapêuticas, nas unidades básicas de saúde, nos centros de convivências, nos dispositivos da assistência social e da Justiça, na rua, nas casas, na cidade, nos espaços de controle social do SUS. E aqui é importante ressaltar a relação entre a produção de cuidado e o território, este sendo compreendido não só no sentido da localização geográfica desses dispositivos, mas como orientador da lógica a partir da qual as ações de cuidado vão sendo elaboradas e executadas.

Delgado (2007) afirma que a concepção da clínica na RPB parte da premissa de “uma clínica histórica, contingente, são sujeitos históricos, contingentes, sempre “em relação a””: em relação aos outros, em relação ao momento concreto, em relação à situação histórica dada” (p. 60). Nesse sentido, estamos pensando em uma clínica situada, orientada pela lógica territorial não só na sua dimensão organizativo-assistencial, como área sobre a qual o Estado assume uma responsabilidade sanitária, mas considerando os aspectos simbólicos, históricos, socioculturais, seus recursos, pontos críticos e potencialidades (Lima e Yasui, 2014). Assim, trabalhar com o território significa trabalhar com pessoas, instituições, saberes e forças concretas que organizam a dinâmica local e constroem soluções coletivas para suas demandas.

No campo da Atenção Psicossocial, o território é um conceito relacional, que nos convoca a pensar na construção e organização dos espaços, na forma como os sujeitos por eles circulam e mobilizam seus recursos em suas vidas cotidianas, como produzem relações de pertencimento, cuidado e resistência ou, como nos lembra Delgado (2007), o território pode ser também um lugar de desamparo. Lima e Yasui (2014) vão dizer que “Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar” (p. 597). De outro modo, é poder pensar e problematizar os modos de vida que ali se produzem e quais são as práticas de cuidado possíveis. Nesse sentido, os autores afirmam que essa relação entre clínica, território e subjetividade inspira a noção difundida no campo de “território existencial”, que envolve um conjunto de elementos materiais, simbólicos e afetivos, dispostos no tempo e no espaço, que vão sendo apropriados pelos sujeitos como lugares de vida. Outro aspecto que envolve a noção de território é destacado por Delgado (2007) acerca de sua dimensão política nas disputas em torno da construção de uma clínica da RPB:

Sendo assim, acho que, também, na descrição do território, é preciso incluir a dimensão política: esta é uma clínica da Saúde Mental, que se dá no campo da política pública, no campo da Saúde Pública, e isso traz consequências para a construção desta clínica. Além de ser uma clínica do território é, também, clínica do dia a dia, do cotidiano. Sendo uma clínica do cotidiano ela é uma clínica da banalidade do cotidiano. Ela fala de coisas que antes eram remetidas para uma espécie de lado de fora da clínica. Ela incorpora – mais do que incorpora, valoriza – de uma maneira decisiva aquelas questões que eram consideradas secundárias na clínica. Ou menores. Como menores, se são as questões fundamentais? Que são aquelas relacionadas com a vida do sujeito, com sua casa, seu trabalho, seu mundo familiar, mas também com a experiência que essas pessoas têm do conflito num país que, hoje, é dominado pela cultura da violência (Delgado, 2007, p. 61).

Segundo Amarante (2007), trata-se de uma virada epistêmica que rompe com as bases teórico-conceituais que utilizavam o modelo das ciências naturais para tentar compreender e tratar as questões relacionadas à subjetividade. Nesse ponto, convém deter-nos um pouco nessa categoria quase nativa do campo para avançar na discussão de sua reinvenção. Foucault (1977) assinala que a experiência clínica que começa a se configurar na medicina no fim do século XVIII, enquanto fato histórico, fala da assunção da racionalidade científica enquanto linguagem e discurso legítimos a se ocuparem da saúde da população. Essa clínica se estabelece, sobretudo, em uma relação bastante desigual entre médico e doente, e na díade saúde-doença.

Basaglia (1985), em sua crítica aos manicômios, afirma que a lógica individualizante da “doença” revela o mecanismo de exclusão do sistema capitalista, e nesse sentido o paradigma da Psiquiatria “prevalece-se, portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema (1985, p. 125)”. Nesse enquadre, o ato terapêutico se configura como uma reedição da prática discriminatória da Psiquiatria, que se forja enquanto campo científico na construção de modelos que buscam classificar e categorizar expressões do sofrimento humano. Segundo este autor, a única possibilidade de relação terapêutica pressupõe que o doente não seja destituído de seu poder contratual com aqueles que se ocupam de seu cuidado. Propõe colocar “a doença entre parênteses” para que os técnicos possam melhor se ocupar do sujeito em sofrimento em sua experiência singular. No entanto, compreender a doença mental como um constructo socialmente produzido e que, neste sentido, o hospital psiquiátrico exerce uma função de regulação do campo social, não é o mesmo que negar a existência do sofrimento psíquico, mas afirmar que sua expressão individual e as respostas sociais a esse processo dizem das contradições e relações de poder que organizam a sociedade (Tsu, 1993).

O ponto de partida dessa evolução de ideias é o questionamento dos critérios de saúde e doença do domínio da Psiquiatria, do qual resultou o reconhecimento de que

são, em última instância, de caráter normativo. A chamada doença mental é, invariavelmente, desvio do que é socialmente estabelecido segundo a ideologia dominante. Vale dizer, a doença pode ser interpretada como manifestação individual das contradições de uma sociedade em que vigoram determinados valores. Numa sociedade classista, os valores hegemônicos são aqueles que a classe dominante impõe (Tsu, 1993, p. 67).

Retomando a proposta da clínica em construção com a RPB, pode-se dizer que envolve, além da ruptura com o modelo asilar, a assunção de uma lógica de atenção que seja capaz de incorporar a multiplicidade de experiências, as territorialidades, a dimensão da inclusão social e, principalmente, a responsabilização em relação às várias facetas do sofrimento humano e a construção de outras possibilidades de existência e de subjetividades. Segundo Lima e Yasui (2014), implica em olhar para o sujeito em sofrimento não como objeto de um saber, mas como um ser que se constrói a partir de um processo complexo de individuação, que é a um só tempo, singular e coletivo. Os autores afirmam que “abandonasse, assim, uma clínica centrada na pessoalidade e no sintoma individual, para dar lugar a processos de produção de saúde e de subjetividade” (p. 599).

Na lógica de uma clínica que não se produz a partir da “doença”, que não se propõe a objetificar e esquadrihar os sujeitos em classificações psicopatológicas, considero importante aqui explicitar a escolha teórico-metodológica de trabalhar com a categoria “sofrimento” ao invés de “transtorno” ou “adoecimento”. Parto da noção de “sofrimento social” de Kleinman, Das e Lock (1997), enquanto um conjunto de danos produzidos pelas dinâmicas de poder político, econômico e institucional que afligem a coletividade e causam prejuízos às conexões intersubjetivas, afetando os modos de produção de subjetividade. Esse conceito pode ajudar a compreender a dimensão interpessoal do sofrimento como experiência social, na medida em que a naturalização da expressão do sofrimento como individual, principalmente pelo discurso *psi*, pode mascarar as formas de exercício de poder que o engendram. Nesse sentido, entendo que a compreensão do sofrimento humano em sua dimensão intersubjetiva pode operar como forma de afirmar o caminho inverso ao da patologização e medicalização de problemas sociais.

Como nos ensina Basaglia (1985), “colocar a doença entre parênteses” se trata de compreender que essa experiência envolve um sujeito em sua singularidade, mas também diz de sua trajetória de vida e sua inserção social, entre outros atravessamentos possíveis. Aqui aciono a noção de sofrimento psicossocial, proposta por Pereira (2019), que a utiliza em sua pesquisa entendendo que ela se debruça sobre experiências de sofrimento situadas em relações sociais de opressão e exploração, decorrentes dos lugares sociais subalternizados ocupados por esses sujeitos, que dizem de uma vivência que é compartilhada, não sendo

possível situar a expressão desse sofrimento apenas em sua dimensão psíquica. É essa noção que utilizarei também aqui em minha escrita.

No entanto, gostaria também de trazer a noção proposta por Carneiro (2021) de “sofrimento encruzilhado” como uma aposta em fazer frente à objetificação e fragmentação da experiência humana, característica do pensamento ocidental. De outro modo, a encruzilhada se apresenta como estratégia para, a um só tempo, tensionar a colonialidade que atravessa nosso campo e nossas formas de saber e produzir conhecimento, e dizer da necessidade de abrir caminho para formas de gestão do cuidado que partilhem da ideia de que o nosso sofrer tem uma história e um lugar que não se encaixa tão facilmente em categorias importadas.

[...] propõe-se o sofrimento encruzilhado como lugar de tensão, de tensionar as fronteiras do (im)possível, lugar de paradoxo, do ser e não ser, da dor e da glória, da opressão e da agência. É o lugar de onde se pode, a partir do encontro com as feridas e traumas interseccionais, produzir outras narrativas, outras oralidades para que seja possível se contar outras e renovadas histórias sobre o tempo, o espaço e o ser e o viver do passado-presente-futuro. O sofrimento encruzilhado é o sofrimento interseccional, o sofrimento localizado, marcado pelas diferenças que fizeram a diferença na vida das pessoas, é o sofrimento que nos ajuda a (re)contar uma história (Carneiro, 2021, p. 242).

Para a efetivação de uma prática clínica e uma política de saúde mental que possa trabalhar com a dimensão encruzilhada do sofrimento, Carneiro (2021) propõe que não sejam pensadas apenas em âmbito individual, que os caminhos de cuidado possam ser construídos com os usuários, podendo extrapolar a configuração tradicional do ambiente institucional, do consultório, dos olhares *psis* e medicalizantes. Trata-se de uma aposta radical na história de vida como ética que orienta o cuidado, com o aporte da perspectiva interseccional, para que se possa compreender melhor “a gestação do sofrimento, os agenciamentos e processos de subjetivação” (p. 244).

Estratégia semelhante à “Clínica Peripatética”, Antonio Lancetti (2011), que descreve um campo de experimentações de uma clínica que se dá em movimento, fora do setting terapêutico tradicional, de forma que possa acessar àqueles que apresentam outras complexidades que transbordam os protocolos institucionais. Em suas experiências no desmonte do aparato hospitalar e implementação de serviços substitutivos em Santos, Lancetti (2011) reafirma o hospício como espaço-tempo de cronificação das identidades, e que a clínica antimanicomial na sua dimensão reabilitativa se tratava, sobretudo, de pôr as pessoas de pé (para contrapor a origem etimológica do termo “clínica”, que se trata de debruçar-se sobre o paciente). Nesse sentido, o autor nos convoca a repensar os lugares de saber-poder

para apostar em uma prática clínica que possa produzir cuidado através de outros dispositivos, que incluem relações de corpo e possibilidades de afetação.

Sobre a reorganização da lógica de atenção que vai sendo colocada em curso pela RPB, Silva (2009) entende a assistência como uma série de ações e intervenções que superam não só a lógica asilar, mas também ambulatorial, entendendo que o cuidado deve ser pensado como apoio para construção de uma rede que possa sustentar o lugar desse sujeito em sofrimento psicossocial na comunidade. O autor tem como objetivo investigar as tecnologias psicossociais acionadas pela nova lógica de atenção, “tomando-as como modos de regulação social que reorganizam a relação entre Estado, justiça e família na assunção de encargos pelo cuidado – e controle – dos loucos na sociedade ocidental moderna” (Silva, 2009, p. 150).

Essa atenção psicossocial envolve diferentes procedimentos, tais como mediar as trocas sociais no sentido de aumentar a contratualidade e tornar-se referência para garantir um vínculo de confiança e uma continuidade no atendimento. Ainda que o projeto reformista procure desmontar o estatuto de tutela do louco em busca de uma “cidadania possível” ao mesmo, em todas essas atividades se conjugam cuidado e controle, terapêutica e gestão (Silva, 2009, p. 152).

Em outro artigo, Silva (2013) destaca a atenção diária como uma modalidade terapêutica que, de modo distinto da lógica ambulatorial ou hospitalar, aponta para a possibilidade de lançar mão de diferentes graus de intensidade na assistência, não com o objetivo de estabelecer metas de tratamento e atingir a cura de uma dada doença, mas como dispositivo de acolhimento e acompanhamento longitudinal daquele sujeito. Analisando o dispositivo da atenção diária enquanto produto da RPB, é possível perceber que o modelo de cuidado passa a ser orientado pela responsabilidade sanitária por um território, e não pela hegemonia da demanda espontânea. Sendo assim, trata-se de uma tecnologia pautada na atenção e no cuidado de acordo com as necessidades dos usuários ao longo do tempo, podendo ou não acionar outros pontos de atenção da rede de saúde ou outras tecnologias psicossociais no próprio serviço.

Desse modo, o projeto terapêutico singular de cada usuário vai sendo construído em conjunto com a equipe e com os cuidadores, de acordo com seus interesses e necessidades a cada momento. O PTS é o conjunto de ações e condutas terapêuticas integradas, pactuadas com o usuário e seus cuidadores, resultado de um esforço conjunto em pensar estratégias e arranjos de cuidado para que esse sujeito possa permanecer inserido em sua comunidade (Brasil, 2007). É, portanto, um mecanismo que estimula o compartilhamento de responsabilidades e a horizontalidade na tomada de decisões.

Estes e outros aspectos nos levam a concluir que a clínica da atenção psicossocial implica necessariamente em uma inflexão da lógica da “doença mental”, que revela em si o caráter autoritário que permeia as práticas levadas a cabo em nome de certas noções de “cuidado”. Pode-se dizer que a Reforma desloca a clínica do paradigma do “tratamento” para o do “cuidado”, ao adotar a perspectiva do acolhimento do sofrimento, da estabilização dos sintomas e da promoção de saúde, além da inserção social.

De paciente a usuário, de doente mental a pessoa portadora de transtorno mental, de manicômio a serviço de atenção diária, de tratamento a atenção psicossocial, entre muitas outras mudanças terminológicas em curso ao longo das últimas três décadas de movimento da luta antimanicomial no país, cunhando essas e outras categorias *antimanicomiais* (Silva, 2013, p.65, grifo do autor).

Nesse sentido, o autor destaca também que a composição das equipes dos serviços extra-hospitalares de forma multiprofissional aponta para a possibilidade de tensionar a hegemonia dos saberes biomédicos, entendendo que o cuidado de questões relacionadas à saúde mental por vezes envolve também atores de outros campos, como a assistência social, a educação e a justiça. Sobre esse aspecto, Pimentel (2018) ressalta a perspectiva da horizontalização dos saberes no campo da Atenção Psicossocial, de modo que os trabalhadores constituem uma equipe a partir da responsabilidade de compor, em conjunto, estratégias para a produção de cuidado junto à população assistida. Este é um aspecto importante na construção dessa nova clínica, que aposta na descentralização do conhecimento e na ruptura com a hegemonia do saber psicopatológico nos serviços que se ocupam do cuidado em saúde mental. Essa orientação é importante para o trabalho em equipe, mas também para a relação com os usuários e seus familiares e cuidadores, para evitar posturas cristalizadas dos profissionais, viabilizando que o sujeito possa ser protagonista no seu percurso, que seja reconhecido como alguém que tem um conhecimento a ser transmitido sobre si e seu sofrimento, e que isso possa ser levado em conta na construção de estratégias de cuidado.

Outra tecnologia psicossocial descrita por Silva (2013) é a difusão da função do “técnico de referência”, que tem como objetivo acompanhar a continuidade do cuidado e melhorar a aproximação do usuário com a rede. Essa função diz respeito não só a um dispositivo que precisa necessariamente operar na lógica multidisciplinar, uma vez que a determinação da referência não se dá pela categoria profissional, mas também aponta para outra questão fundamental nessa clínica que é o estabelecimento do vínculo entre o usuário e o profissional, e conseqüentemente com o serviço. Segundo Silva (2013), “essa “ênica” não depende de um endereçamento do sujeito ao analista como no caso da transferência, mas de

uma disponibilidade do profissional em se ocupar do controle da circulação espacial dos usuários cadastrados nos serviços” (p. 63).

Nesse ponto, considero importante ressaltar que o uso do termo cuidado aqui enquanto categoria nativa do campo da Atenção Psicossocial está relacionado a essa mudança não só na lógica da atenção e organização dos serviços e da política pública para a assistência em saúde mental. É também derivada do próprio deslocamento que se faz do paradigma da Psiquiatria, que privilegia a perspectiva psicopatológica, para o paradigma da Reforma Psiquiátrica, que compreende basicamente que o sujeito em sofrimento está para além da “doença” e que, portanto, não há um tratamento a ser prescrito, mas um conjunto de estratégias a serem construídas com esse sujeito. A noção de “cuidado” do projeto da Atenção Psicossocial envolve, sobretudo, uma práxis ético-dialógica, como propõe Pimentel (2018), nas quais a escuta, o acolhimento, o vínculo, disponibilidade e o diálogo norteiam os sentidos produzidos pelos trabalhadores em suas práticas de cuidado, mesmo que a coexistência dos dois paradigmas possa comparecer nos serviços, como no caso estudado pela pesquisadora. Ainda assim, é importante marcar aqui, que os sentidos acionados pelo uso da categoria remetem à essa perspectiva radical de que o cuidado está para além de condutas prescritivas no campo biomédico, mas de uma práxis que afirma o usuário como um sujeito de direitos, incluindo o direito de poder dizer o que faz sentido para si como práticas de cuidado.

Entender o campo da saúde mental como um processo social complexo é de suma importância para encontrar formas de atuação que questionem os limites do saber biomédico e da racionalidade gerencial para a compreensão/intervenção nos processos de cuidado. Dar foco à análise dos aspectos relacionais (subjetivos, intersubjetivos e inconscientes) – para além das questões estruturais é crucial para a ampliação dos sentidos e ações para fora das – fronteiras materiais e biológicas (Pimentel, 2018, p. 85).

1.4 A familiarização e feminização do cuidado na RPB

Pensando no deslocamento do paradigma do tratamento, em que o paciente é o objeto de intervenção do saber médico, para o cuidado, em que o usuário ocupa o centro de todo o processo, incluindo as tomadas de decisão, é possível visualizar os desdobramentos nos arranjos cotidianos, e compreender por que essa dimensão, que antes estava fora da clínica, como afirma Delgado (2007), agora é parte central dela. Compreender que os transtornos mentais não são entidades inertes, mas que sua expressão é modulada de acordo com as condições sociais que se apresentam é uma inflexão importante para repensar as práticas de

cuidado. O cotidiano que é mortificado com a rotina institucional é material para produzir espaços de vida e condições de habitar a cidade fora dela. O cuidado aqui, tomado em toda essa complexidade, é necessariamente compartilhado entre o usuário, sua rede de apoio e os profissionais de saúde envolvidos em seu acompanhamento. Nesse sentido, tanto a dimensão cotidiana da vida como a relação familiar/doméstica ganham outro contorno.

Diversos autores têm discutido como, na desinstitucionalização do cuidado promovido pela RPB, há um apelo à responsabilização da família e da rede socioafetiva de forma mais direta nos arranjos de cuidado dos usuários dos serviços substitutivos. Silva (2009) sinaliza que nesse momento histórico, o discurso que orienta o movimento da luta antimanicomial é pautado no compartilhamento do cuidado com vistas à recuperação do estatuto de cidadão e certo grau de autonomia. A tentativa de manter esses sujeitos em comunidade, sem a necessidade de internações, envolve a gestão do sofrimento com os recursos disponíveis no território, que demandam ações de mediação e negociação nas relações sociais, bem como a implicação de diversos atores nessa rede de cuidados. Ou seja, os serviços de atenção enquanto referência institucional tem como mandato a articulação de uma rede que opere a partir da corresponsabilidade com os encargos do cuidado. No entanto, alguns estudos têm mostrado que essa proposta de cogestão do cuidado, no contexto de precarização dos serviços e redução do aparato Estatal, tem representado um aumento importante na sobrecarga das famílias.

Campos e Soares (2005) investigaram o impacto da representação da sobrecarga em cuidadores diretos de usuários de serviços substitutivos da rede de Atenção Psicossocial da cidade de Goiânia. A sobrecarga familiar, para esses autores, pode ser definida como os efeitos adversos relacionados à função de cuidado com o familiar que demanda uma assistência mais intensiva por conta de questões de saúde mental. Como resultado, pontuam que a função de cuidar do familiar em sofrimento psicossocial frequentemente recai sobre um único membro da família, enquanto outros pouco participam do cuidado. Para cuidadoras mulheres, frequentemente a noção de sobrecarga esteve associada ao desgaste emocional causado pelo cuidado mais direto e cotidiano ao familiar, relacionado às alterações de comportamento e seus impactos na rotina doméstica, enquanto para cuidadores do sexo masculino a questão financeira trazia mais preocupação, ressaltando o efeito da variável gênero em relação ao cuidador.

Lins, Rodrigues e Ferreira (2019) trazem um relato de experiência sobre a participação na reunião de família de um CAPS II em Recife. Esta atividade teria como proposta ofertar um espaço de acolhimento aos familiares dos usuários do CAPS, a fim de favorecer a troca de

experiências e o fortalecimento de sua rede de apoio. Os autores constataram que a maioria dos participantes do grupo ao longo do período estudado eram mulheres. Elas aparecem então como principais cuidadoras, dado que se destaca ao lado da naturalização da maternidade e de histórias frequentes de abandono paterno. De modo geral, dispõem de menos tempo para cuidar de si, para o trabalho remunerado, para a vida social e lazer. Outro dado importante é que uma fala comum das cuidadoras nesse espaço dizia sobre o sentimento de culpa que carregavam (sozinhas?) pela condição dos filhos.

Os autores endossam que a desinstitucionalização da assistência em saúde mental acontece em um contexto de avanço da lógica neoliberal e que no caso brasileiro se observa que o Estado historicamente delega suas funções aos setores privado, filantrópico e à família. A sobrecarga e responsabilização de mulheres no cuidado estaria diretamente associada à redução do escopo de ações do Estado, dos serviços da rede de saúde e de outros membros da família. Consideram que a distribuição desigual em relação ao gênero nas relações de cuidado no contexto familiar tem inscrições históricas, culturais e sociais. O cuidado, nessa perspectiva, é tomado como parte do trabalho reprodutivo, que é invisibilizado e desvalorizado pelo Estado e realizado majoritariamente por mulheres, como tarefa inerente à natureza feminina. Afirmam ainda que o debate sobre a apropriação do trabalho feminino precisa ser incluído na agenda dos movimentos em favor da Reforma Psiquiátrica, expressando a contradição entre a garantia do direito ao cuidado em liberdade e a execução do trabalho do cuidado.

Em um estudo realizado em CAPS de tipo I, II e III da região sul do país, Kantorski *et al* (2019) também encontraram mulheres como maioria entre os responsáveis na prestação de cuidados aos usuários, como mães, filhas, irmãs, cônjuges e avós. Observaram maior prevalência de mulheres também como únicas cuidadoras de seus assistidos. Nesse contexto, é comum acumularem jornadas de trabalho (muitas vezes informal, com maior flexibilidade de horários) para garantir a renda da família e dar conta das tarefas relacionadas ao cuidado. No entanto, a maior parte dos cuidadores que participaram do estudo não exercia uma atividade remunerada; os homens eram maioria dentre os que trabalhavam, o que corrobora com a ideia de que o espaço público é dominado pelos homens, e o espaço privado é relegado às mulheres. As cuidadoras apresentaram pior avaliação de qualidade de vida e maior incidência de transtornos psiquiátricos, indicando fatores de adoecimento em função da desigualdade de gênero, ao passo que as políticas voltadas à saúde da mulher privilegiam ações relacionadas ao direito reprodutivo e ao ciclo vital. Os resultados mostraram como o gênero permeia a definição das relações de cuidado na família, indicando a importância deste

como marcador social para a discussão sobre a reorganização da lógica de assistência em saúde mental no país.

Além do papel preponderante de mulheres nos arranjos de cuidado em âmbito familiar de usuários da RAPS, estes estudos sugerem que esse cuidado é organizado de acordo com a lógica institucional, ainda que as famílias se ocupem por boa parte de sua execução. No entanto, é possível perceber que a rede substitutiva carece de estruturas de apoio aos impactos da sobrecarga familiar. Nesse sentido, ressaltam que o apoio aos cuidadores é parte importante na operacionalização do cuidado, entendendo inclusive que estes atores também podem apresentar demandas de cuidado em saúde mental. Também afirmam a relevância da discussão para pensar como os próprios serviços muitas vezes atuam de modo a reforçar a naturalização da atribuição do cuidado a mulheres e a necessidade de considerar o compartilhamento da responsabilidade com outros membros da rede de apoio dos usuários na construção de seus projetos terapêuticos.

Um levantamento realizado por Tsu (1993) em um pronto-socorro psiquiátrico na cidade de São Paulo entre 1982 e 1985 nos traz alguns dados importantes para pensar as continuidades e descontinuidades nas relações entre agentes do Estado e famílias quanto à gestão do sofrimento psicossocial. Trata-se de um período em que o modelo asilar, no qual o hospital psiquiátrico cumpria uma função custodial e carcerária, passa a ser questionado tanto em termos de viabilidade econômica como pela elaboração teórica em relação aos seus efeitos iatrogênicos, como apresentado anteriormente. O estudo é realizado no contexto em que se aposta nos grandes ambulatorios de psiquiatria, e o que se percebe é que no serviço de emergência a demanda dos acompanhantes dos pacientes (familiares em sua maioria) é de que a instituição siga funcionando como asilo, dadas as dificuldades em manejar a responsabilidade quase que total pelo sofrimento psicossocial de seus familiares sem o suporte necessário além do tratamento medicamentoso. De outro modo, sem que o Estado invista efetivamente em outras políticas que garantam melhoria nas condições concretas de vida para que possa se exercer plenamente fora das instituições. Nesse período, a autora argumenta:

Fecha-se o asilo para se abrir o moderno ambulatório. Entretanto, nada é feito no que se refere às condições sociais de vida geradoras de sofrimento mental intolerável. Nessa situação, a instituição familiar passa a exercer pressão sobre a instituição psiquiátrica no sentido de não deixe de assumir a custódia dos pacientes. A questão envolve pesados encargos que, na tentativa de modernização, são simplesmente transferidos para a família. Esta, sem condições de aguentar, não aceita passivamente tal repasse (Tsu, 1993, p. 69).

Um dado que chama a atenção no levantamento para a discussão feita aqui é a prevalência de mulheres como acompanhantes desses pacientes, sendo mãe, cônjuge e irmãs as mais encontradas nessa função. A presença feminina é notada principalmente nos casos mais antigos, em que o geralmente o familiar já tenha histórico de internações prévias. O estudo apresenta que a maior parte dessas acompanhantes são mulheres negras e pobres, com poucos recursos materiais e baixo nível de escolaridade. A autora ressalta que esse acompanhamento demanda, além de gastos financeiros, tempo e energia na espera em longas filas e nas andanças por diversos serviços, e que a prevalência de mulheres nessa função indica que essa disponibilidade quase infinita seria uma incumbência culturalmente delegada às mulheres.

Outra questão relevante assinalada por Tsu (1993) em relação a essa análise generificada seria o fato de que a agressividade do paciente aparece com maior prevalência no relato das acompanhantes em relação aos homens, independente do sexo do paciente. A autora atribui também, entre outras questões, a maior facilidade em comunicar que foram vítimas de agressão, uma vez que isso de fato acontece com maior frequência com mulheres, independente do fato social colocado. No entanto, a autora encontra também que a queixa de agressão por acompanhantes mulheres é menos valorizada na avaliação da indicação de internação pelo médico (Tsu, 1993). Considero importante nesse ponto trazer a reflexão de Diniz (2013), que realiza o primeiro censo da população que vive em hospitais de custódia no Brasil, cujo relatório aponta que a maior parte dos homicídios e heteroagressão são dirigidas aos familiares. Em diálogo com outros estudos que apontam a prevalência do gênero para as análises a respeito da sobrecarga familiar com o cuidado, o que se pode inferir sobre essa surdez institucional em relação aos relatos dessas mulheres que são convocadas a manejar essas e outras dificuldades, quase que de forma solitária?

A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo. Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais (Diniz, 2013, p. 16).

Muitas questões apontadas nesse levantamento aparecem tanto na pesquisa de campo realizada para o mestrado, como em minha experiência como psicóloga em serviços do SUS. Gostaria de trazer o relato de um episódio particular, ainda como residente, que tem início na participação em um grupo destinado ao apoio de familiares e cuidadores em um CAPS, com características semelhantes à atividade relatada por Lins, Rodrigues e Ferreira (2019). Nesse

caso, o espaço era facilitado e mediado por duas profissionais do serviço e tinha como participantes mais assíduas as mães de alguns usuários com certo grau de dependência e comprometimento em diversos níveis da vida cotidiana. A presença dessas mulheres no grupo era tão preponderante que por vezes os próprios profissionais se referiam ao dispositivo como um “grupo de mães”. E isso parecia tão sintomático quanto o funcionamento do grupo, uma vez que a proposta de ofertar um espaço de escuta e acolhimento para elas parecia não ser possível sem que falassem de seus filhos. Não sobre sua relação com o lugar de cuidado no cotidiano, mas de questões particulares de seus filhos. Era quase que uma extensão de um atendimento ao usuário, mas sem a sua presença. As mediadoras faziam um esforço, que consideravam importante, de pontuar para as participantes que era preciso afirmar aquele espaço de cuidado como um espaço delas, e que esse era um exercício fundamental, uma vez que esse cuidado de si lhes parecia negado completamente, discursiva e estruturalmente.

Entre as participantes, havia uma mãe que não trazia muitas questões em relação ao cuidado com os filhos, mas que, ao contrário, compartilhava como conseguia dar conta de cuidar de toda a família, das tarefas domésticas e ainda trabalhar de forma autônoma, envolvendo o filho usuário do CAPS em seu pequeno empreendimento. Ela dizia que havia nascido para ser “dona de casa” e se vangloriava de seus dotes culinários. Não entendia se tentava estimular as outras participantes, trazendo um relato mais positivo de seu cotidiano, ou se evitava olhar para as dificuldades e fragilidades de sua condição. Acompanhei alguns encontros do grupo em que esteve presente, até que esse filho começa a dar sinais de que estaria entrando em “crise”, se apresentando de modo mais agressivo e reativo em casa e no serviço. O pai do usuário, seu marido, começa então a entrar em cena, solicitando à equipe que o rapaz fosse internado, apesar das tentativas de estabilização do quadro após alguns dias no acolhimento noturno e intensificação do PTS no CAPS. A mãe era completamente contra à internação, sabia que levaria um tempo para que o filho apresentasse melhora, e principalmente, que não se tratava de estabilização apenas, mas de questões que envolviam toda a dinâmica familiar. A relação do pai com a equipe vai ficando mais tensa, a desestabilização do pai de alguma forma reflete no comportamento do usuário.

Nesse dia, a mãe chega ao CAPS no fim da tarde, exausta com a vinda diária ao serviço (havia ido a pé, uma vez que não tinha dinheiro para o ônibus), e encontra os dois discutindo no pátio. Ela tenta mediar a briga, junto à equipe e outros usuários. Até que em certo momento começa a gritar com ambos e todos no entorno se calam. Fala de seu cansaço, da dificuldade em lidar com as agressões verbais do filho nesse momento agudo, da dificuldade do pai em suportar com ela essa crise, de como estava cansada dos dois. Em um

local mais reservado, com os ânimos mais calmos, pede desculpas à equipe por achar que estava “dando trabalho”. Sentia-se culpada por estar cansada, por querer ficar um tempo só. Foi quando conseguiu falar de si, não como mãe, esposa e dona de casa, mas como sujeito, com uma história, com desejos de vida, com as faltas. Fala de seu passado, de sua relação com os pais, dos abusos e violências que já havia sofrido na relação, das coisas que gostaria de ter feito se não tivesse se casado. De como esteve sozinha no cuidado e educação dos filhos, enquanto o marido exercia sua função de provedor do lar. Quantas coisas foram aparecendo quando se permitiu colocar esses incômodos para fora, mas que isso só foi possível pela escuta de uma equipe atenta e disponível para acolher a sobrecarga familiar no cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial. É possível perceber pelo relato que sua centralidade no cuidado do filho é algo já dado para ela, para a família, e para a equipe, parte de um fenômeno mais amplo, que é a naturalização dessa função como atribuição feminina. Em que medida ainda é preciso avançar na identificação desse quadro e na convocação de outros membros da família? Até que ponto essa mulher tentava resistir, não só sustentando o manejo da crise no território, mas à resignação, à entrega ao outro, colocando em jogo até mesmo sua imagem como mulher, mãe e esposa?

Nesse ponto, é importante pontuar que interessa aqui não só identificar os aspectos relacionados às desvantagens sociais vivenciadas por essas cuidadoras, mas como se articulam ativamente, acionando os recursos disponíveis no território e construindo redes de apoio. A pesquisa de Pereira (2019), sobre o fazer e agir político de mulheres que se organizam em coletivos, associações, grupos e movimentos sociais no contexto da RPB, traz essa reflexão tendo em vista como as relações de gênero, raça e classe estruturam a sociedade e a forma como essas mulheres agenciam recursos para estar no mundo e, a partir de vivências particulares ou coletivas, constroem suas articulações de luta e se constituem como sujeitos políticos em favor da Reforma. A pesquisadora realizou entrevistas com mulheres de vários estados do país, entre usuárias, familiares, militantes, profissionais, pesquisadoras e nas intersecções entre esses lugares. Nessa multiplicidade de experiências, um ponto que aparece em muitos relatos é a percepção das relações sociais serem, hoje ainda, fortemente marcadas pela alta responsabilização de mulheres pelos encargos do cuidado e do trabalho doméstico, que levam a um adoecimento a nível psíquico e a uma impossibilidade do cuidado de si em detrimento do cuidado com a casa e com os familiares. Outro ponto ressaltado pelas interlocutoras é a feminização do campo, ainda que em alguns espaços, como na militância, homens acabem ocupando lugares de liderança e visibilidade.

Apesar das mulheres não serem a maioria de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas ou mesmo nos serviços de saúde mental, as mulheres entrevistadas destacaram o quanto o campo da saúde mental é marcado pela presença e protagonismo das mulheres enquanto profissionais, familiares, cuidadoras, militantes, gestoras, entre outras. A ampla participação feminina nos serviços de saúde mental (enquanto profissionais e gestoras), nos espaços de controle social, associações e movimentos sociais foi sublinhado por grande parte das entrevistadas (Pereira, 2019, p. 419).

Em minha trajetória como trabalhadora em serviços que compõem a RAPS, a composição das equipes por uma maioria feminina sempre chamou a atenção. Embora não tenha encontrado na literatura algum material que investigasse essa dimensão específica do cuidado em serviços como os CAPS, alguns estudos corroboram com estas impressões ao encontrarem dados semelhantes em seus campos (Montanari, 2009; Almeida, Fugerato, 2015; Zanatta, Lucca, 2021). Montanari (2009) atribui a concentração feminina nos serviços substitutivos à mudança na composição das equipes de saúde mental, com o aumento da presença “dos profissionais da área psicossocial” (p. 29) como psicólogas, assistentes sociais, fonoaudiólogas e terapeutas ocupacionais, categorias historicamente feminizadas. Pereira (2019) ressalta que pelo relato das interlocutoras é possível perceber que a divisão sexual do trabalho se apresenta no cotidiano dos serviços e dos coletivos dos quais fazem parte, de modo que mulheres se ocupam da manutenção das relações de cuidado e de tarefas que reproduzem as atividades em âmbito “doméstico”, como a manutenção e organização dos espaços, que remete à ideia apresentada anteriormente da precarização atrelada à feminização das ocupações (Quitete; Vargens; Progianti, 2010).

Convém neste ponto trazer a contribuição da pesquisadora Rachel Passos (2015) a respeito do trabalho das cuidadoras em saúde mental dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que fazem parte da estratégia de desinstitucionalização da RAPS e que compõem as equipes de segmento dos CAPS. Em sua pesquisa de doutorado, visa a problematizar “a convocação de mulheres para promoverem o cuidado na cidade, enquanto trabalhadoras do cuidado, ou seja, enquanto cuidadoras” (Passos, 2015, p. 176). A implementação dos SRTs, enquanto dispositivos que impulsionaram a RPB, trouxe à tona a dimensão do morar e das atividades que envolvem o cotidiano de uma casa. A pesquisadora atenta para o fato de que a figura do cuidador na proposta da RPB é convocada pela ideia de um “saber/não saber” (Passos, 2015, p. 188), buscando superar a centralidade da atenção em um saber especializado. O cuidador em saúde é um profissional que não precisa de uma formação específica no campo da atenção psicossocial ou experiência anterior. Essa aposta, no entanto, é atravessada por diversas camadas, incluindo o fato desses profissionais serem em sua maioria mulheres negras e de classe social menos favorecida. Nesse sentido, Passos (2015) chama a atenção para os

encargos com as práticas de cuidado seguirem sendo delegados às mulheres, que devem utilizar seus supostos atributos maternos para executá-las, perpetuando uma ideia de cuidado atrelada ao trabalho reprodutivo, pondo em risco os princípios da Reforma, além da precarização das condições de trabalho.

Esse lugar subalterno do trabalho doméstico exercido pelas mulheres, lembrando que essa categoria profissional “cuidador em saúde” tem atributos domésticos, localiza-se na esfera da reprodução e por isso não apresenta valor, permanecendo encoberto nas relações cotidianas. Isso permite que um dos atravessamentos que permeiam essa subalternidade seja encontrado na formação profissional, não precisando ter mais do que o ensino fundamental para promover o cuidado e assim, receber um salário que não ultrapasse o piso do salário-mínimo, já que, tal atuação não representa valor de troca (Passos, 2015, p. 189).

Ainda que a feminização na assistência em saúde mental careça de maiores investigações, esse fenômeno no campo da saúde em geral é algo bastante debatido na produção científica. De acordo com Matos, Toassi e Oliveira (2013), a década de 70 no Brasil foi um período marcado pelo crescimento vertiginoso da participação feminina no ensino superior, notadamente no campo da saúde e da educação. A enfermagem destaca-se como a primeira profissão feminina universitária do Brasil, tendo papel importante na implementação e no funcionamento dos serviços de saúde públicos no país. Além disso, o crescimento na população feminina no setor da saúde também está relacionado ao aumento do número de mulheres em profissões cuja presença masculina sempre foi notória, movimento observado nas faixas etárias mais jovens (Matos, Toassi e Oliveira, 2013).

Na pesquisa de Pereira (2019), enquanto as entrevistadas profissionais e pesquisadoras relatam a dificuldade em conciliar o trabalho e a militância no campo da Luta Antimanicomial com outros projetos de vida, como a maternidade, por exemplo, a pesquisadora aponta que as mulheres familiares ou cuidadoras informais sequer conseguem chegar nesses dispositivos associativos, e conseqüentemente, conceder uma entrevista para este estudo, indicando que os encargos do cuidado podem de fato se apresentar como uma barreira para a participação política desse grupo. Uma hipótese levantada por Pereira (2019) é a do esvaziamento dos dispositivos associativos por parte de familiares e usuários com a aposta do movimento na luta a partir dos espaços institucionais. De fato, a pesquisadora relata que a maior parte das familiares e usuárias entrevistadas na pesquisa foram encontradas a partir de seu vínculo em associações que se organizam de forma mais autônoma.

Quando nos havemos com a quase ausência total de mulheres familiares apresentadas pelos grupos como protagonistas ou quase a real ausência de familiares, nestes coletivos, que entraram após 2001, algumas questões nos tomaram de assalto: O que esse recorte nos diz em relação à construção, da RPB, com as

familiares? O que o processo não dialoga ou não silencia? Ao mesmo tempo: quem pode estar nos espaços de militância? O que isso envolve em termos de tempo, disponibilidade, condições materiais? Como estes aspectos podem, ou não, se fazer presentes para uma mulher responsável pelos cuidados de uma pessoa com transtorno mental ou mesmo em sofrimento psicossocial, mesmo que consideremos não grave? Quais pautas que, antes organizavam e aproximavam familiares, hoje não se fazem ais presentes nos grupos e coletivos? (Pereira, 2019, p. 450).

Nesse sentido, os achados de Pereira (2019) em seus encontros com mulheres que constroem cotidianamente a RPB nos oferecem algumas pistas sobre as relações e tensões que pode haver entre elas, tanto em dinâmicas de associação e aliança, mas que também podem se configurar como apagamento ou distanciamento dos espaços de militância. A autora aponta ainda para o fato de que entre as participantes da pesquisa se destacam as profissionais, em sua maioria psicólogas, em detrimento de outras categorias profissionais de nível superior e técnico, mas especialmente das mulheres usuárias da rede e/ou familiares ou cuidadoras de usuários. Importante retomar aqui o fato de que as familiares entrevistadas também eram usuárias da rede de saúde mental, o que indica não só que essas mulheres também demandam cuidados, mas esse duplo apagamento, uma vez que suas trajetórias não aparecem nem como usuárias e nem como cuidadoras.

Marjorie Murray aponta para essa questão em trabalho apresentado no seminário “Políticas da Reprodução: perspectivas latino-americanas”, realizado em 2022, na UERJ. Na experiência com mulheres mães usuárias de serviços públicos de saúde mental no Chile, a pesquisadora relata os itinerários percorridos por elas para acessar (ou não) o apoio que necessitam, tanto de sua rede socioafetiva, como dos dispositivos estatais de gestão de vulnerabilidades sociais. De certo modo, fica evidente que o lugar de cuidadoras que necessitam de cuidados em saúde mental é negado, reforçando a ideia de que não é possível conceber o adoecimento de um cuidador, na medida em que sua inteligibilidade não leva apenas ao apagamento dessas experiências, mas produz uma série de desserviços, controle e desassistência. Nesse sentido, é importante considerar o lugar dessas ausências e como elas conformam as trajetórias de vida dessas mulheres e o processo de Reforma no Brasil.

1.5 **Desenhando a questão de pesquisa**

Diante das discontinuidades e permanências da lógica manicomial na gestão do cuidado em saúde mental com a Reforma Psiquiátrica em curso, se faz necessário discutir os

mecanismos de exclusão que se atualizam nos expedientes dos novos equipamentos de assistência e na relação social com a loucura e o cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial. Nesse ponto, convém retomar o trabalho de Passos (2011), que localiza que o Estado brasileiro opera a partir de um modelo de proteção social centrado na maternidade, na medida em que as políticas públicas voltadas para esse fim são pautadas na transferência do cuidado para as mulheres, que se tornam, a um só tempo, objeto e agentes de controle social. O novo modelo de atenção em saúde mental propõe uma cogestão do cuidado junto à família e à comunidade, que em termos práticos se dá pela redução da responsabilidade do Estado sobre essas pessoas, dentro de um panorama neoliberal. Desse modo, a autora reforça a importância de localizar como o cuidado, enquanto forma de governo, atualiza formas de opressão feminina na naturalização da assunção dos encargos do cuidado, tendo em vista a realidade brasileira. Passos (2011) afirma que “são as mulheres aquelas que vão intermediar o processo de desmonte da lógica manicomial, através de suas práticas, de manifestações e de modos de exercício dos cuidados, propagando-se politicamente como novos maternalismos (p. 49)”. De outro modo, a política se apoia nessa forma de governo naturalmente atribuída a mulheres como proposta de solução pública para questões de âmbito privado.

É nessa direção que percebemos o quanto a RPB alimenta, conceitualmente, um dado projeto de maternalismos e de gênero feminino, recuperando determinada “força feminina” inscrita na essencialidade que é atribuída às funções de cuidar e que fixa obrigações/deveres das mulheres. [...] No caso da RPB, o lugar dos cuidados está sendo reinventado em novos processos de subjetivação. A noção de espaço privado considerado natural, portanto, feminino, toma outra noção a partir do momento em que o cuidar passa ter outro significado (Passos, 2011, p. 53).

A autora chama a atenção, a partir de alguns dados levantados no município do Rio de Janeiro no início da década de 2000, para a precária assistência que os serviços substitutivos prestavam aos familiares e cuidadores dos usuários acompanhados. Tendo em vista que nesse processo de familiarização do cuidado é possível perceber uma convocação para que mulheres se ocupem dessa tarefa, Passos (2011) afirma que em meio aos tensionamentos e ressentimentos tributários da sobrecarga, são elas que sustentam a atual política de saúde mental, e “podem reafirmar a psiquiatria tradicional, ou transformá-la a partir das suas experiências individuais” (p. 62). No entanto, se no processo da RPB o Estado desconsidera sua parte na cogestão do cuidado e no suporte aos cuidadores, a tendência é a sobrecarga e o adoecimento destes, podendo fortalecer discursos em favor do modelo centrado na hospitalização, no sentido de afirmar o lugar do asilo no paradigma da Psiquiatria tradicional.

Sobre esse aspecto, Mexko e Benelli (2022) chamam a atenção para um movimento de retrocessos na política de saúde mental nos últimos cinco anos, que caminham na contramão

das diretrizes da Luta Antimanicomial. Em 2017, a portaria nº. 3.588 (Brasil, 2017) inclui o hospital psiquiátrico especializado e as unidades ambulatoriais especializadas na RAPS, serviços que historicamente funcionaram de acordo com a lógica da psiquiatria clássica e que favorecem a medicalização e individualização de problemas sociais. Segundo os autores, ainda em 2018 é possível observar uma aproximação entre representantes de setores da rede hospitalar privada ao parlamento e no Ministério da Saúde.

Na gestão federal que tem início em 2019, esse movimento contrarreforma se acentua e ganha força com a publicação da Nota Técnica nº. 11/2019 (Brasil, 2019), que institui mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes das Política Nacional de Drogas. O documento, que além de ratificar o retorno dos ambulatórios especializados, afirma que o país vive um cenário de “escassez” de leitos em hospitais psiquiátricos, incentivando sua permanência e possibilidades de expansão dessa modalidade assistencial; fortalece o investimento público em comunidades terapêuticas e o incentivo à oferta da eletroconvulsoterapia na rede, sinalizando o incentivo a recursos que remetem a práticas manicomiais; além de instituir a abstinência como única estratégia de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, ao invés da política de redução de danos, que buscava reduzir as barreiras de acesso ao tratamento. Em termos práticos, não se observa ao longo dessa gestão a expansão e integralidade do cuidado que são advogados na nota, e sim o sucateamento dos serviços territoriais e a crescente utilização do orçamento público na manutenção de serviços que trabalham na contramão da lógica da Atenção Psicossocial.

Um dos argumentos presentes na nota técnica (Brasil, 2019) para a manutenção de dispositivos com características asilares é justamente a integralidade da assistência aos usuários e familiares em todos os níveis de atenção. Esse discurso, que de certo modo reconhece o compartilhamento do cuidado com familiares e cuidadores da rede socioafetiva, é o mesmo que reforça o desmonte dessa própria política. Em meio aos recentes abalos no projeto de desmonte do aparato manicomial, a reflexão que proponho nesse trabalho parte dessas nuances e complexidades que foram trazidas com o apoio da literatura, especialmente o que tange a tendência à familiarização do cuidado com a reordenação da política de saúde mental; bem como na dimensão de sua feminização, uma vez que mulheres seguem sendo responsabilizadas pelo cuidado em âmbito doméstico/familiar/territorial, e compõem a maior parte do quadro de profissionais das equipes dos serviços “substitutivos”.

Nesse sentido, as questões que seguem para os próximos capítulos estão relacionadas às contradições que se revelam nesse novo paradigma de cuidado, na medida em que reproduzem a lógica manicomial, como afirma Passos (2011), ao aprisionarem mulheres na

condição de principais cuidadoras de usuários de saúde mental, em redes de suporte cada vez mais precarizadas, tendo em vista que estas são, em sua maioria, periféricas, negras e pobres, de acordo com o perfil de usuários que acessam o SUS; mas também no modo como essa gestão maternal se estende ao funcionamento dos serviços, na convocação de categorias profissionais feminizadas, que encarnam o lugar do Estado enquanto cogestor do cuidado, criando alianças, mas também tensões e normalizações entre mulheres nas composições desses arranjos de cuidado. Em que medida essa nova organização da política de saúde mental se apropria desses atributos culturalmente forjados como femininos para fazer valer as diretrizes da Reforma, enquanto as condições para sua efetiva implementação vão sendo precarizadas e negligenciadas? Como isso aparece nas relações entre as profissionais, enquanto agentes do Estado, e as familiares e cuidadoras?

A aposta aqui, portanto, é que a investigação desse lado oculto da história da RPB (Passos, 2011), a partir da relação entre maternalismos e cuidado, pode ajudar a compreender o próprio processo da Reforma e suas modulações contemporâneas, em suas contradições e disputas. Para isso, proponho trazer o percurso etnográfico realizado para essa pesquisa, que buscou observar as relações de cuidado no cotidiano de um CAPS, dialogando com noções acionadas na literatura enquanto categorias analíticas para pensar o cuidado em sua dimensão política, social e normativa, na medida em que participa não só de dinâmicas de suporte social e manutenção da vida, mas também de exploração e controle, que assumem contornos gendrados e racializados.

2 CUIDADO, GÊNERO E ESTADO

2.1 Cuidado como categoria analítica

Para investigar as relações de cuidado como eixo simbólico e político na construção da RPB, a partir da reorganização da lógica de atenção em saúde mental, é importante partir de uma noção mais ampla do conceito, como sugere Lowenkron (2016). No trabalho etnográfico que toma como objeto a “cruzada antipedofilia”, no qual discute o cuidado de crianças a partir de casos de violência sexual, a pesquisadora aponta para a função política e analítica de sua polissemia, considerando que

[...] é em função da versatilidade das suas formas de exercício que a ideia de cuidado é capaz de capturar múltiplas expressões, termos e sentidos acionados em diferentes contextos para articular um amplo leque de valores, afetos, compromissos, obrigações, práticas e aparatos administrativos que, de alguma maneira, sustentam e são sustentados simbolicamente pela necessidade de “tomar conta” e “proteger” aqueles que supostamente não são capazes de cuidar de si (Lowenkron, 2016, p. 81).

É nesse ponto que a articulação entre as noções de cuidado trazidas aqui enquanto categorias nativas do campo da Atenção Psicossocial, bem como as elaborações presentes na literatura que o utilizam como categoria analítica são profícuas para investigar suas múltiplas facetas, seja na familiarização como estratégia fundamental de sustentação da Reforma; como trabalho não remunerado exercido por mulheres em diversos contextos, levando a níveis importantes de sobrecarga e adoecimento (ou não cuidado); e em sua dimensão disciplinar, como forma de governo e tecnologia de gênero (Lauretis, 1984). Nesse sentido, pretende-se apontar para as aproximações e distanciamentos entre as noções de cuidado presentes no debate acadêmico e suas modulações na prática cotidiana de profissionais e cuidadores da rede socioafetiva no contexto específico que se propõe a análise. Para isso, inicio este capítulo apresentando algumas leituras que nortearam as reflexões sobre a pesquisa empírica e que serão retomadas em mais profundidade ao longo dos próximos tópicos.

Ao analisar as bases conceituais dos estudos do cuidado na Antropologia, Drotbohm (2022) afirma que mesmo de forma fragmentada, a categoria representa um vetor importante nesse campo para a compreensão das múltiplas formas como os vínculos entre seres humanos e seu entorno são estabelecidos, mantidos, fortalecidos, bem como fragilizados ou rompidos. Como atividade central da vida cotidiana, o cuidado é parte da tessitura das relações sociais

que envolvem dinâmicas de distribuição diferenciada de poder. Desse modo, é importante aqui pontuar que não deve ser observado apenas em sua dimensão moralmente positiva e culturalmente valorizada, mas também em sua dimensão normativa, que prescreve, institui, avalia e atribui valor a partir de uma lógica dicotômica que opõe os pares bom/mau, certo/errado, feminino/masculino, particular/privado. A autora se propõe a fazer uma leitura crítica sobre os aspectos normativos do cuidado, trazendo as implicações sobre os sentidos atribuídos às relações e suas hierarquias, e a forma como determinam os diferentes graus de agência dos grupos humanos.

Se observarmos a dimensão normativa inerente ao conceito, surgem duas perspectivas distintas, que indicam uma tensão particular: por um lado, o conceito de cuidado apresenta uma dimensão protetora e conservadora apegada ao passado. Comportar-se com cuidado ou agir cuidadosamente são ações que visam manter o mundo tal como é. Por outro lado, o conceito incorpora uma dimensão transformadora e, portanto, fluida, por meio de suas noções de desenvolvimento, aprimoramento e expectativas de cura. A partir dessa compreensão dual, fica claro que sentimentos com conotações positivas, incluindo aí a empatia, a gratidão e a esperança, não se situam fora das estruturas hegemônicas e precisam, ao contrário, ser reconhecidos como componentes intrínsecos destas estruturas (Drotbohm, 2022, p. 13).

As teóricas feministas da década de 80 já apontavam para essa dimensão normativa do cuidado ao analisar a carga moral imputada aos cuidadores, na medida em que envolve a naturalização do sacrifício e da disponibilidade emocional, embebidos na ideia do “trabalho do amor”, não sendo, portanto, uma tarefa valorizada social e economicamente, uma vez que acionam condutas naturalmente presentes no “comportamento” feminino. É nesse momento que o cuidado é alçado como categoria de interesse científico, para além de uma atividade corriqueira. Sorj (2021) reforça que a teoria social, por estar inserida nessa mesma matriz cultural, levou algum tempo para olhar além dos lugares instituídos na divisão entre público e privado, e incluir o cuidado como um aspecto relevante da sociabilidade a ser investigado.

O ponto central da crítica feminista girava em torno da alocação diferencial dos encargos do cuidado em função do gênero, atribuindo a características que na verdade são reforçadas pela sociabilização feminina como disposição natural para esse trabalho. Ao questionar a naturalização dos papéis instituídos na divisão sexual do trabalho, as teóricas feministas contribuíram não só para ampliar a compreensão das relações sociais nomeadas como “trabalho”, como também ressaltaram a articulação entre o trabalho doméstico e o trabalho produtivo, central para a manutenção de hierarquias sociais sob o pretexto de atribuições naturalmente designadas (Sorj, 2021). Os estudos demonstravam que geralmente era executado por mulheres mais pobres e pertencentes aos estratos sociais mais baixos, o que mostra como o cuidado em certa medida compõe instrumentos de governança que

reproduzem relações sociais desiguais em função de raça, gênero e classe. Drotbohm (2022) aponta que a própria crítica traz em si uma certa ambivalência em relação ao valor moral atribuído e ao seu valor social.

Por um lado, o cuidado é compreendido como um recurso humano chave e positivamente valorizado como um “valor compartilhado”, numa perspectiva que se afasta da ideia de um sujeito autônomo em favor da aceitação da visão de dependência como parte do devir biográfico de qualquer ser humano. Por outro, a mesma situação é interpretada como um sacrifício imposto, em geral às mulheres, o qual integraria a exploração patriarcal capitalista global (Drotbohm, 2022, p. 5).

Nessa perspectiva, a sistematização proposta por Sorj (2021) parece interessante para ampliar a visão desse campo na Antropologia. A autora menciona que a partir dos anos 80 é possível encontrar, de um lado, teorias que vão abordar a ética do cuidado enquanto proposta de uma nova perspectiva moral, pautada na interdependência entre as pessoas como eixo central da organização social, com as contribuições de Joan Tronto (1993). Do outro lado estão os estudos empíricos, como aqueles que analisam as interações entre receptores e provedores de cuidado, onde a questão do trabalho emocional surge no debate, como discute Pascale Molinier (2012); além dos trabalhos comparativos entre contextos institucionais e as políticas dos regimes de bem-estar social, discussão presente no trabalho da própria autora (SORJ, 2013). Na última década, desenvolveram-se estudos sobre as cadeias globais do cuidado, tendo em vista o trabalho de imigrantes do sul global, representado pelo trabalho de Hochschild (2012).

Um contraponto interessante apontado por Drotbohm (2022) é que em paralelo às abordagens focadas na reprodução de desigualdades sociais, os esforços teóricos para conceituar o cuidado se desenvolveram de forma importante também no campo da Antropologia do parentesco, na década de 90. Nesse momento foi possível ampliar o olhar para além das relações familiares, explorar outras práticas culturais na formação de alianças e arranjos de cuidado – como por exemplo, a coabitação, o apoio mútuo, vizinhança e comunidade e outras formas de vinculação que prescindem de relações mediadas pela família. Esse aspecto é especialmente importante quando pensamos no cuidado de base comunitária como um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, em que as relações de conexão e pertencimento com o território são compreendidas como parte dos recursos que devem ser garantidos aos sujeitos em seu projeto terapêutico. Isso implica considerar como potenciais redes de solidariedade e cuidado não apenas o que está inscrito ao âmbito do parentesco, mas que na experiência empírica nesse campo ainda aparece bastante vinculado às figuras femininas.

Ao longo desse capítulo, trago algumas cenas das experiências vividas em campo, nas quais identifico o tensionamento entre saberes e discursos, condições de vida e inserção social, dinâmicas de poder e agência. Apontam para relações sociais complexas, que vão além da díade cuidador/receptor, nas quais o trabalho reprodutivo é distribuído hierarquicamente de acordo com diferentes marcadores. Nessa perspectiva, considero que a reprodução, incluindo o trabalho do cuidado, pode ser um vetor para a investigar a coprodução entre gênero e Estado (Vianna e Lowenkron, 2017). Entendo que o cuidado tem uma função central de sustentação da vida, como apontado por Briggs (2017), garantindo o suporte às crianças, pessoas doentes, idosas e aqueles que não tem condições de trabalhar, criando e cuidando de espaços e relações que oferecem segurança e abrigo, que reforçam o senso de comunidade e cooperação, buscando garantir o bem-estar psíquico e emocional dos seus. Aqui é possível pensar em um diálogo com a narrativa de bell hooks (2019) sobre o papel de mulheres negras na construção de um lar que é possibilidade de existência e cuidado para os seus pares; bem como as mulheres cuidadoras de usuários da rede de atenção psicossocial, que também trabalham ativamente para a construção de possibilidades de existência na comunidade.

Nesse sentido, a proposição Tronto (2007) de uma ética do cuidado a partir da ideia de que todos estamos enredados em um fluxo contínuo de cuidados ao longo da vida traz reflexão sobre as responsabilidades sociais em regimes democráticos. É preciso reconhecer como se produzem iniquidades na forma como indivíduos tem ou não suas necessidades atendidas, o que implica discutir ampla e criticamente sobre justiça e democracia. Não se trata somente de repensar a existência a partir da ideia de interdependência entre os indivíduos, mas de compreender a dimensão política e social dessas relações, refletindo criticamente sobre sua apropriação à esfera privada e como a consequente invisibilização dessas discussões contribui para a perpetuação de posições subalternizadas aos que se ocupam dessa tarefa.

A necessidade de repensar formas apropriadas de cuidar também suscita a questão mais ampla sobre a configuração das instituições políticas e sociais em nossa sociedade. Pensar sobre o mundo social em termos de cuidar de outros (cuidados para com outros) difere radicalmente de nossa atual maneira de concebê-lo em termos de perseguir nosso auto-interesse. Porque cuidar enfatiza ligações concretas com outras pessoas, evoca muito da essência diária das vidas das mulheres e representa uma crítica fundamental à teoria moral abstrata [...] (Tronto, 2007, p. 201).

Apesar do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil contribuir para a instituição de aparatos administrativos relacionados ao cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial, além do fortalecimento de uma base de compromissos sociais como um dever ser coletivo diante do imaginário social da loucura, as tecnologias de governo a partir das quais se

materializam os ideais de cuidado e proteção dessa população são diferencialmente atravessadas por marcas de gênero. Nesse sentido, procuro apreender como os caminhos tomados pela política de saúde mental, dentro de uma perspectiva mais ampla de proteção social, reforçam práticas maternalistas no contexto do cuidado de base comunitária, produzindo não só alianças entre mulheres na composição dos arranjos de cuidado, mas também lugares de disputa, sobrecarga e adoecimento.

Parto da proposta de Vianna e Lowenkron (2017) para a compreensão das relações entre gênero e Estado a partir da perspectiva de que estabelecem uma dinâmica de coprodução como mencionado anteriormente, que seria o “duplo fazer” proposto pelas autoras. Para isso, buscam dialogar com referências que tensionam os dois polos da discussão, não para reificá-los em suas tentativas de análise, mas sim escapar da tendência a olhar apenas o impacto que uma dessas esferas pode causar sobre a outra. Desse modo, afirmam que compreender o Estado na dimensão de sua processualidade e pluralidade de instituições, agências e normas implica necessariamente considerá-lo como produção contínua de sentidos, possibilidades de agir e estar no mundo, bem como mecanismos de interdição e controle modulados por dinâmicas de gênero. Nessa dinâmica de coprodução é que se estabelecem fronteiras e institucionalidades, que definem e afetam não só a ordem da macropolítica, mas as rotinas e regulações da vida cotidiana.

A ideia aqui é tentar apreender como isso se materializa na base da sustentação da Reforma, no dia a dia de um CAPS, com seus entraves, potencialidades, desvios e lacunas, e se presentifica na relação entre gênero e Estado, cuidadores, trabalhadores e usuários. Processo afirmado enquanto política pública (até o presente momento) e amplamente documentado na literatura, a RPB está em permanente construção no dia a dia dos usuários da RAPS, de seus familiares e profissionais, que vão cotidianamente apontando para as múltiplas possibilidades de cuidar do sofrimento psíquico nos espaços onde a vida acontece, sem que se restrinja aos contornos institucionais. Por isso é importante retomar aqui que o enfoque deste trabalho está nas relações que sustentam os “arranjos de cuidado” (Fazzioni, 2018) organizados em função dos usuários do CAPS, isto é, os atores e instâncias acionados para esse cuidado que muitas vezes extrapolam as redes formais – especialmente entre a família, o mercado e o Estado, como marca a autora. Portanto, a forma como mulheres vão ocupando os lugares centrais desses arranjos, estruturados para “dar conta” da demanda de cuidado, vai dizer sobre como a Reforma foi “arranjando” espaço no cotidiano enquanto mudança de paradigma para a “gestão” da loucura.

2.2 A circulação pela “convivência”

Como mencionado anteriormente, entendo que o é nomeado como “convivência” no CAPS, termo cujo significado é tomado no campo da Atenção Psicossocial como algo dado, pode ser desdobrado em múltiplos sentidos ao tomá-lo como lócus de uma pesquisa etnográfica. De alguma forma, remete à aposta de cuidado no território, no “convívio” com outras pessoas, na “vida”, utilizando outra expressão comum entre os profissionais desse campo. Entende-se que o cuidado nesse contexto trata justamente de mediar a (re)inserção na vida social, permite trabalhar com ferramentas que vão além da escuta clínica ou da medicação, acessando uma dimensão que muitas vezes se torna problemática não só pela expressão de alguns sintomas, mas pela dificuldade em acolher pessoas em sofrimento psicossocial. Mas além de uma função terapêutica para os usuários, esse espaço também é privilegiado para o acolhimento dos familiares, que no encontro com os pares e com outros atores, se sustentam no lugar de cuidado com os seus.

Desse modo, a aposta na convivência como espaço de observação se dá por ser lugar de passagem e circulação de pessoas, discursos, saberes, normativas, prescrições, onde se presentificam formas de gestão do cuidado e dispositivos fundamentais para esse campo, como o acolhimento e a referência⁵. Ocupar esse espaço permite presenciar interações, mediações e pactuações importantes no cotidiano das relações de cuidado que são objetos deste estudo, como por exemplo, a chegada e recepção de usuários e familiares pelos profissionais da equipe, a gestão do espaço entre os que aguardam pelos atendimentos, as atividades coletivas que são realizadas ali e o manejo da equipe com os usuários que estão em acolhimento noturno⁶ e aqueles em que a circulação pela convivência é uma construção pactuada no PTS.

Para descrever o espaço, é importante também situar a composição da equipe e como se distribuem por ele. Além da gestão e da equipe técnica, que se dividem entre profissionais de nível superior e médio, estão aqueles que fazem parte da equipe de apoio, composta por controladores de acesso, que atuam na organização da circulação de pessoas pelo CAPS; os auxiliares de serviços gerais, responsáveis pela limpeza dos espaços; e os copeiros, que organizam a distribuição das refeições ofertadas aos usuários. Para as questões que se

⁵ Apresentados no capítulo anterior.

⁶ Dispositivo de atenção à crise, são leitos disponíveis em CAPS do tipo III, nos quais o usuário pode pernoitar no serviço até a estabilização ou melhora do quadro para continuidade do cuidado no território.

pretende analisar neste trabalho, é relevante apontar que essas ocupações estão distribuídas em função de marcadores de gênero, raça e classe. É notável a presença preponderante de mulheres negras de camadas sociais menos privilegiadas entre os membros da equipe de apoio (com exceção do controle do acesso, que conta com uma distribuição mais equilibrada em relação ao gênero), enquanto na equipe técnica se observa uma proporção maior de pessoas brancas e de classe média, ainda que com diferenças importantes entre seus componentes, que serão abordadas mais adiante. É importante também pontuar que apesar da equipe técnica ter mais atribuições na assistência direta aos usuários e seus cuidadores, entende-se que todos os atores que compõem a equipe do serviço contribuem com os dispositivos de cuidado que operam ali e, portanto, participam das pactuações que organizam seu funcionamento.

Esse CAPS conta com um amplo espaço ao ar livre que funciona como um pátio interno, que abrange o que situamos aqui como a “convivência”. Ao seu redor, temos a estrutura física do serviço, com algumas salas definidas para funções específicas, como a farmácia, o bazar, as salas de atendimento, o posto de enfermagem, a sala da equipe técnica, a sala de oficina, o espaço onde se situam os leitos de acolhimento noturno, o refeitório, a sala da administração e os banheiros. Foi possível perceber ao longo da pesquisa de campo, que os profissionais de nível superior ocupavam mais os espaços privativos do CAPS em função de atividades específicas, como atendimentos individuais, reuniões e registros das atividades em prontuário, além de suas ações no território. Desse modo, os espaços coletivos do CAPS, incluindo a convivência, eram mais ocupados ao longo dos turnos por profissionais de nível médio e de apoio.

Tinha algumas memórias do meu período como residente, que não à toa traziam imagens de quando estava de passagem pela convivência, entre um atendimento e outro. Mas a aposta em me deter mais no que acontece ali vinha da percepção de que havia algo que não era tão óbvio, mesmo para quem já passou pela assistência. Uma das técnicas certa vez me perguntou no início do campo, em uma tarde chuvosa de CAPS esvaziado com a proximidade das festas de fim de ano, o que podia haver ali de relevante para a pesquisa. Em minha percepção, fazia todo o sentido observar a movimentação de um dia mais tranquilo, além de poder interagir melhor com os técnicos, avaliar outras possibilidades de inserção no campo. Avalio que a constância dessa presença na convivência, em diferentes turnos e condições (de tempo, de disponibilidade, de movimento), foi importante para capturar algo do funcionamento e da dinâmica dos arranjos que se estabelecem com o apoio do serviço. Tentava estar próximo ao controle de acesso ao CAPS, onde as pessoas informavam seus

nomes e sua demanda para que o responsável pelo ordenamento⁷ daquele turno pudesse acionar o técnico de referência ou direcionar para um dos espaços do CAPS, o que me permitia acompanhar esse movimento de chegada e saída do serviço.

Ao longo da pesquisa de campo, sustentar estar na convivência como observante, de um lugar que não responde pelos saberes que operam ali, mas, que enquanto psicóloga circula por esses discursos e práticas por outros vínculos institucionais, foi uma tarefa desafiadora em muitos aspectos. A proposta foi bem recebida de modo geral, tanto pela equipe quanto por usuários e cuidadores, que apoiaram minha permanência em campo de diversas formas e concordaram com minha participação nas atividades coletivas. No entanto, minha presença por vezes era confundida com a de um profissional da assistência (claramente como técnico de nível superior), principalmente por usuários. Alguns já me conheciam da residência, outros me acionavam talvez por algum elemento da minha estética ou performance que remetia a esse lugar. Essa convocação por vezes exigiu um esforço em dividir a atenção entre as interações com alguns atores e a observação de outros movimentos que me pareciam mais relevantes para o tema da pesquisa. Por vezes tive muita dificuldade em desvincular o trabalho de campo de um olhar clínico-assistencial (e político, entendendo que essas posições não estão dissociadas) e assumir uma postura mais etnográfica. Me sentia convocada por algumas demandas dos usuários ou de seus familiares, as quais buscava remeter à equipe que estava no serviço no dia.

Essa confusão também apareceu em alguns momentos com a própria equipe, mesmo quando já havia conseguido comunicar os objetivos de minha passagem pelo CAPS e estabelecido uma certa constância na presença e na forma de estar ali para a pesquisa. Alguns profissionais me perguntavam se estava de volta ao serviço ou me abordavam com alguma questão relacionada ao trabalho no NASF, cuja equipe se situa na mesma área programática, compartilhando algumas agendas e a referência de parte do território. Por vezes, me vi em dilemas éticos em relação à atuação de outros colegas. Por outro lado, tive a impressão de que a condição de pesquisadora parecia um tanto abstrata nesse cotidiano, ainda que o tema da pesquisa parecesse relevante para aqueles com quem tive oportunidade de conversar com mais detalhes. Em minha leitura, esse estranhamento diz da distância entre os profissionais da “ponta” e a academia, entre quem trabalha na assistência e quem está produzindo conhecimento no campo, do dia a dia do trabalho e de como isso chega à universidade.

⁷ Função geralmente exercida pelos técnicos do CAPS de forma alternada, de modo que sempre tenha um responsável por acolher as demandas do turno, orientar e organizar o fluxo dos atendimentos, acionando os profissionais presentes no serviço.

Algumas dessas questões se apresentaram enquanto analisava o material recolhido, quando tentava transportar as cenas e relatos do diário de campo para a escrita da dissertação. Mas sigo na aposta de que a potência dessa experiência tem a ver com a tensão própria do lugar “pesquisador nativo”, como propõe Silva (2007), que precisa encarnar outras ferramentas analíticas ao tentar olhar para sua prática com certa distância, mas assumindo que ocupá-lo é o que permite acessar esses expedientes de forma privilegiada. O autor se propôs a investigar os limites e possibilidades de produzir conhecimento em situações nas quais o pesquisador é também um nativo, a exemplo de sua experiência como psicólogo e militante da luta antimanicomial ao realizar uma etnografia em um CAPS, com a qual me identifico. Utilizando a noção de implicação da Análise Institucional, relata como foi negociando sua chegada e permanência em campo, trabalhando com a equipe os lugares institucionais que ocupava como pesquisador, trabalhador e militante, bem como as encomendas que lhe foram feitas nesse período, o que lhe permitiu “[...] realizar uma etnografia “estranhando o familiar”, mas considerando a todo o momento o fato de eu ser também profissional pertencente a um CAPS e, portanto, comprometido com a efetivação das políticas públicas de saúde mental” (Silva, 2007, p. 104).

Em sua experiência, analisa as dificuldades em não dissociar a pesquisa de uma posição política, entendendo os limites e riscos de um olhar enviesado, além do desafio de escapar do lugar de vigilância de seus “colegas de trabalho” e das possíveis parcerias corporativistas, uma vez que seus interlocutores sabiam que atuava como psicólogo em outro CAPS. Fica evidente também a dimensão desse fazer etnográfico que precisa assumir outras identidades ao longo do trabalho de campo, que o convocaram a estar ora em uma função de cuidado (mas não enquanto clínico), ora enquanto militante, quando se posicionava em alguma situação que envolvia uma convocação ética em relação aos direitos dos usuários.

No meu caso, essas fronteiras entre os lugares de trabalho, militância e pesquisa também estiveram borradas em alguns momentos, condição que foi produzindo algumas incertezas ao longo do campo. Ainda que houvesse muito cuidado em negociar e pactuar os acordos de entrada e permanência, alguns sentidos escapavam ao controle do método e dos aparatos que buscavam garantir a imparcialidade do olhar do pesquisador. Por outro lado, esse cenário não me parece tão improvável em um campo que lida com questões de saúde mental que eventualmente superam as previsões e demandam novas pactuações entre os atores. Desse modo, como psicóloga e profissional do SUS, que já havia trabalhado naquele CAPS e em outros CAPS e serviços de saúde mental da rede desse município, e que no momento

compartilhava esse duplo vínculo de pesquisadora e “colega de trabalho”, entendo que esses vínculos tenham operado mais como facilitador para a chegada no lócus da pesquisa empírica.

No entanto, é importante pontuar que foi um período instável para a observação por conta da proximidade das festas de final de ano, dos dias de ponto facultativo em razão dos jogos da seleção brasileira na copa do mundo de futebol, do carnaval, entre outros. As atividades coletivas ficaram interrompidas entre as últimas semanas de dezembro e primeiras semanas de janeiro, período no qual estive mais presente no espaço da convivência, ainda que o movimento do serviço estivesse mais esvaziado. Essa foi uma estratégia para otimizar o período da pesquisa de campo, que se por um lado parecia se realizar em condições um tanto atípicas, por outro retratam o movimento sazonal do próprio do fluxo do CAPS, como um serviço de atenção diária e de portas abertas – que significa dizer que os atendimentos não são regulados ou agendados, mas que em alguma medida o serviço acolhe demandas espontâneas, incluindo os usuários que chegam para o primeiro atendimento – é composto por períodos de maior procura em comparação a outros, ou mesmo acompanha situações de crise que não acontecem em horário comercial. Nesse sentido, entendo que esse movimento não comprometeu a observação, foi possível pensar em estratégias para compensar o esvaziamento, e que isso, em algumas situações, também foi condição de possibilidade para acessar algumas questões que seriam mais difíceis de apreender em um dia de muita demanda. E reforçando a aposta nesse serviço especificamente, estar familiarizada aos circuitos e expedientes do CAPS, bem como à equipe e aos usuários certamente favoreceu a percepção de brechas e possibilidades de inserção em certos contextos.

2.2.1 A distribuição do cuidado na família e no CAPS

Nesse sentido, a simples observação da circulação de pessoas por esse espaço já aponta um dado central para as questões que pretendo desenvolver ao longo deste percurso, no que diz respeito às dinâmicas que envolvem a responsabilização de diferentes atores nos arranjos de cuidado. Uma das coisas que ficaram mais evidentes nos momentos em que pude estar na convivência é o movimento de mulheres como acompanhantes dos usuários. Isso envolve acompanhar os usuários nos atendimentos regulares ou no acolhimento inicial⁸; levar

⁸ Trata-se da avaliação da demanda de pessoas que ainda não tem vínculo com o CAPS, e que não necessariamente seguirão ali, mas que buscam atendimento no serviço de forma espontânea.

o familiar ao CAPS para uma atividade pontual ou para estar no serviço de forma mais intensiva (de acordo com seu projeto terapêutico), e retornar para acompanhá-lo de volta à casa; além das visitas dos familiares aos usuários que estão em acolhimento noturno. Entre as informações que pude recolher dessas interações, geralmente as acompanhantes eram da própria família, mães em sua maioria, mas também filhas, irmãs, avós, tias, primas, além das parceiras amorosas. Essas mulheres eram em sua maioria negras e pobres, moravam em territórios vulnerabilizados⁹, em condições socioeconômicas bastante precárias, com algum acesso a equipamentos de saúde, mas que contavam com poucos recursos sociais e culturais na região.

Era notável também a presença de mulheres, aparentemente da família, que vão ao serviço para buscar a medicação, geralmente sem a companhia dos usuários. É um movimento que a equipe estranha, retornando aos familiares a importância de estar com o paciente para ter notícias de como tem interagido não só com a medicação, mas como está conseguindo lidar com sua condição, de uma forma mais ampla. Esse retorno aparecia como cobrança pela presença dos usuários no CAPS, por vezes de forma mais direta, pela convocação a trazer o usuário para uma reavaliação, em função do tempo passado desde a prescrição; por vezes de forma mais sutil, tentando sensibilizar o familiar sobre outras dimensões do cuidado para além do suporte medicamentoso.

Em certa ocasião presenciei a chegada de uma mulher branca, por volta dos trinta e poucos anos, próximo ao local onde se fazia o controle do acesso ao CAPS, que pela forma como se apresentava não parecia estar entre as famílias em condições mais vulnerabilizadas atendidas naquele serviço. Ela estava visivelmente tensa, parecia um tanto apressada, enquanto mostrava a prescrição mais atualizada de sua mãe para um dos técnicos, que datava de mais de um ano atrás. O técnico passa a questioná-la pela ausência da usuária, tentando transmitir a complexidade em dispensar medicação sem a presença dela, não só naquele momento, mas para qualquer outra atividade no local de tratamento, pelo menos nos últimos meses (dado que pôde ser localizado no prontuário da usuária). A filha responde que ela se encontrava internada após uma cirurgia para a recuperação de um agravo de saúde, fato que justificava também a ausência do serviço por tempo prolongado, mas que seguiu fazendo uso regular da medicação. A questão foi resolvida após a intervenção de outro técnico que estava

⁹ A maior parte das famílias que tive contato moravam em territórios de favela e conviviam com o aumento vertiginoso da violência nos últimos anos na região, em função de disputas de facções rivais do tráfico de drogas e operações policiais frequentes. Mesmo as famílias que habitavam as regiões de asfalto, não expostas tão diretamente à militarização do território, também compartilhavam de condições precárias de acesso à transporte público, equipamentos de educação, saúde e lazer, algo que reflete a realidade dos bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro, em relação à distribuição desigual de bens e serviços essenciais pela cidade.

no plantão e tinha ciência da situação da usuária, ainda que não estivesse relatado no prontuário.

Nesse caso, é possível perceber um tensionamento entre diferentes noções de cuidado em saúde mental partindo dos trabalhadores e familiares dos usuários do serviço, que compreendem que o projeto terapêutico deve estar para além da abordagem medicamentosa. Essas interações envolvem dinâmicas de convocação e acolhimento, de alianças e disputas entre esses atores, especialmente se levarmos em conta o outro lado deste imbróglgio, quando os cuidadores cobram da equipe que seus familiares sejam atendidos, especialmente pelos médicos do serviço. Mas como será, para a maioria dessas mulheres que comparecem apenas para buscar a medicação, sair de casa com esses usuários para levá-los ao CAPS? Quais as condições para manter esse acompanhamento para além das consultas ou atendimentos de crise? Pelo que pude recolher no campo, essas dificuldades aparecem frequentemente no discurso dos familiares, seja pela gestão do tempo em relação a outras tarefas do cotidiano, inclusive o trabalho; seja pela falta de apoio de outros familiares, ou pela singularidade do próprio usuário, que resiste em sair de casa ou apresenta algum comportamento “inadequado” que tornava esse trânsito mais complexo. O estranhamento da equipe aparecia nessa cobrança, ainda que de forma sutil, da adesão do usuário, mas também do familiar à proposta de cuidado que envolve justamente a circulação pela cidade, principalmente nos casos em que não há impedimentos de outra ordem para frequentar o serviço, como os que demandam busca ativa da equipe por meio de visitas domiciliares¹⁰, por exemplo.

Certa vez, observei também ali próximo ao controle de acesso uma mulher negra de meia idade que veio ao CAPS sozinha para buscar a receita de uma medicação que seu filho fazia uso, que é dispensada apenas em uma farmácia do governo do Estado no centro da cidade, trajeto que faria de ônibus logo em seguida (uma viagem que levaria no mínimo uma hora utilizando o transporte público). Parecia um tanto preocupada com o horário, era uma data próxima às festas de fim de ano, em que o funcionamento dos serviços se dá de forma diferenciada. Será que conseguiria dar conta dessa tarefa se estivesse acompanhada de seu filho? Notei também que esse movimento dos familiares de buscar o serviço mais pontualmente com a receita para a dispensa da medicação acontecia mais intensamente pela manhã ou no fim da tarde, o que também pode indicar a tentativa de conciliar a tarefa do cuidado com as demais atribuições cotidianas.

¹⁰ Recurso utilizado também em situações em que o usuário pode ter dificuldades em chegar ao CAPS, seja por condições físicas, no caso de pessoas acamadas ou domiciliadas (por diversas razões); seja pelo quadro psíquico em momentos de crise, que podem resultar na resistência do próprio usuário em comparecer ao serviço, ou em risco na circulação pelo território.

Observando uma família que aguardava na convivência por atendimento (uma mulher e um homem, ambos de meia idade, que aparentavam ser os pais do jovem que seria atendido), fiquei pensando nessa configuração que muitas vezes observava quando trabalhava ali como residente, e em alguma medida em minha atuação como psicóloga na atenção primária: no início do quadro, quando ainda não se tem muita clareza do diagnóstico e nem do manejo que a situação demanda, em que é preciso lidar com as incertezas de um universo desconhecido, me parece que a família se faz mais presente em número, incluindo as figuras masculinas. Talvez por um entendimento primário de que há uma necessidade de contenção (do quadro psíquico do paciente, mas também da angústia de quem acompanha) que convoca essas figuras a estarem mais próximas. Mas ao observar o movimento dos pacientes mais antigos e seus cuidadores, com o quadro mais estabilizado (ainda que com sintomas graves), é possível perceber que os acompanhantes são em sua maioria mulheres, adultas ou idosas, e quase sempre solitárias. É mais provável que os homens compareçam como acompanhantes em casos mais graves e de difícil manejo pela via da palavra, que demandam, ainda que supostamente, o uso da força física para “segurar” o paciente. Mesmo que com menor incidência, o que pude observar é que dificilmente estarão sozinhos nesse lugar, geralmente acompanhados por uma mulher que também está presente no cuidado desse usuário.

É importante ressaltar que no CAPS, ainda que seja um serviço destinado aos casos mais graves e persistentes, que demandam mais recursos ou maior intensidade do cuidado independente do diagnóstico, é possível observar que os usuários apresentam diversos graus de autonomia e condições para estarem presentes no serviço e, de forma mais geral, aderindo às propostas terapêuticas ali ofertadas. Alguns usuários conseguem chegar ao CAPS sozinhos e gerir seu acompanhamento sem a mediação de familiares e cuidadores, incluindo o manejo da medicação. Outros demandam mais suporte social e/ou supervisão, o que impacta de formas distintas os arranjos de cuidado, que envolvem os familiares e profissionais na pactuação dos projetos terapêuticos.

Essas tendências observadas no movimento do CAPS me fizeram lembrar o texto de Tsu (2003) mencionado no capítulo anterior, que fala das longas filas de espera e da disponibilidade infinita das mulheres para aguardar o tempo que for necessário. Fernandes (2018) fala da importância de se levar em conta as relações de cuidado e seus marcadores de gênero nas disputas cotidianas sobre o tempo, tanto para dar conta das múltiplas demandas da vida, como para “correr atrás” de melhores possibilidades de fruição do tempo e condições de existência. A invisibilidade associada ao tempo do cuidado, principalmente quando comparado ao trabalho remunerado fora do domicílio, evidencia o não reconhecimento de

atividades que envolvem o âmbito privado, ainda que representem uma dimensão central na manutenção da vida. A naturalização da forma como esse tempo para o cuidado, historicamente delegado às mulheres, é dedicado às demandas do outro, legitima a manutenção de desigualdades de gênero, na medida em que reduz a mobilidade social e condições de autonomia.

Ao longo de trajetórias de vida, sujeitos participam de circuitos de cuidados, sejam como provedores, receptores ou ambos. Esses fluxos de interdependência são também mediados por diferenças articuladas a gênero, idade, classe e raça. Estas dialéticas de presenças e ausências, não se resumem apenas aos aspectos materiais da vida, mas envolvem arquiteturas morais e subjetivas de controle e poder. Desta maneira, a descrição que se segue não diz respeito a produção de sujeitos “independentes”. Meu objetivo é demonstrar como as assimetrias de engajamento de tempo nas relações entre homens e mulheres, exprimem a colonização de possibilidades de existência, fazendo com que alguns sujeitos se encontrem territorializados em roteiros culturais difíceis de serem contornados (Fernandes, 2018, p. 299).

Hirata (2010) chama a atenção para a utilização na literatura do termo *reprodução* ou *trabalho reprodutivo* para designar o trabalho realizado em âmbito doméstico, entendendo que o cuidado está incluído nessa categoria, enquanto trabalho sem remuneração, executado de forma gratuita e lido como forma de expressão de amor das mulheres com seus familiares e parcerias amorosas. As discussões em torno da divisão sexual do trabalho nas esferas pública e privada contribuíram para trazer à tona à dimensão do enorme trabalho realizado de forma invisível pelas mulheres, sob o paradigma naturalista, que atribui papéis sociais distintos em função da diferença sexual.

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (Hirata & Kergoat, 2007, p. 599).

Biroli (2008) aponta que o tempo dedicado às funções que envolvem o trabalho reprodutivo é pouco valorizado na lógica de mercado. Uma vez que as mulheres supostamente seriam mais emotivas e disponíveis afetivamente, o trabalho do cuidado não seria para elas um grande esforço. Segundo Zanello (2018), “o discurso do “natural” encobre e desqualifica, portanto, esse trabalho, pois “por natureza”, as mulheres seriam mais aptas a realizá-lo” (p. 161). Essa divisão representa a entrada em um circuito de vulnerabilização que deriva em desvantagens sociais importantes em vários âmbitos, não apenas em relação à condição financeira, já que se trata de um trabalho não remunerado que limita o tempo disponível para

outras atividades (inclusive de geração de renda), como sinalizado por Fernandes (2018), mas também nas condições de participação na vida pública, incluindo as articulações políticas.

Cuidar exige tempo e energia, retirados do exercício de outros tipos de trabalho, assim como do descanso e lazer; 2) a grade de valorização (simbólica e material) das ocupações é determinante na precarização do trabalho de quem cuida e na sua vulnerabilidade de quem precisa de cuidado; e 3) os padrões de organização e (des)regulação das relações de trabalho incidem diretamente sobre as relações de cuidado, podendo favorecer ou dificultar a tarefa de cuidarmos uns/umas dos/as outros/as (Biroli, 2018, p. 57).

No contexto da atenção psicossocial, é possível observar que na cogestão do cuidado com a família, o CAPS responde à demanda assistencial de um cuidado técnico que pode ser realizado em diferentes níveis de intensidade, dependendo do projeto terapêutico do usuário. Em âmbito doméstico, o trabalho do cuidado, incluindo a limpeza e organização da casa, alimentação e higiene, é geralmente executado por mulheres. Dependendo das condições psíquicas do usuário, de seu grau de autonomia e da divisão do trabalho reprodutivo e da responsabilidade financeira entre os membros da família, a gestão do tempo para essas cuidadoras pode ser mais ou menos conflituosa em relação a outros aspectos da vida. Como afirma Pierobon (2018), analisar as dinâmicas de cuidado sem levar em conta a dimensão do trabalho doméstico, implica em não ser capaz de capturar a complexidade que envolve o cuidado com um familiar com alto grau de dependência, que somado à pobreza e a outras dimensões de vulnerabilização social, implicam em uma enorme responsabilidade que recai historicamente sobre os corpos femininos.

No caso de famílias monoparentais em que uma mulher chefiava o domicílio, como a maioria das que conheci durante o trabalho de campo, o que se observa é uma extrema sobrecarga e condições muito precárias de manutenção das necessidades básicas e de mobilidade social. O relato de abandono parental é bastante frequente, principalmente por homens. Por vezes o usuário demanda supervisão constante no cotidiano, ainda que sustente estar no território sem grandes recursos terapêuticos, ou pela condição psicossocial demanda um PTS intensivo no CAPS, situações em que a cuidadora pode ser mobilizada a dedicar muito tempo ao acompanhamento de seu familiar e por isso não dispor de condições para executar um trabalho remunerado (no mercado formal ou informal). No caso dos usuários elegíveis para o recebimento do BPC (benefício de prestação continuada), por exemplo, um dos critérios exige que a família tenha renda *per capita* inferior a um quarto do salário-mínimo. Muitas vezes o valor do benefício não é suficiente para garantir o sustento da casa, e na impossibilidade de que o próprio usuário ou um familiar trabalhe de carteira assinada para

complementar a renda, se agrava a condição de vulnerabilização social da família e se reduzem as possibilidades de cuidado desse usuário.

Zanello (2018) aponta para a interseccionalidade da experiência materna com os marcadores de raça e classe social. Quanto mais a mulher tem chances de produzir, com o acesso à formação, bons empregos e contratualidade social, menos ela precisa reproduzir, uma vez que consegue se sustentar, tanto econômica como subjetivamente, em outros tipos de vínculo, além da maternidade. No caso das cuidadoras de pessoas com transtornos mentais, dependendo da necessidade e intensidade da relação de cuidado, as chances de executar uma atividade remunerada, ou ter tempo para dedicar a outros aspectos da vida são bastante reduzidos. A autora ressalta a necessidade de discutir a distribuição do cuidado enquanto agenda política, especialmente a forma como os caminhos identitários em relação ao gênero e à maternidade se apresentam de formas distintas para mulheres brancas e negras no Brasil, como discutiremos mais à frente.

Retomando o trabalho de Fernandes (2018), em que analisa os conflitos que emergem de diferentes noções de temporalidade no circuito dos cuidados, a autora propõe uma divisão entre o tempo de “correr atrás”, como o conjunto de ações necessárias para obter melhores condições de vida; o “tempo pra mim”, que contempla atividades de lazer, cuidado de si e investimento pessoal; e o “tempo para os outros”, que seria o tempo dedicado aos encargos do cuidado de crianças, idosos e pessoas doentes. O tempo do cuidado materno é modulado em função da ausência e distância não só paterna, mas de toda uma rede de outros atores sociais que podem ser acionados, modulando o acesso a “bens, afetos e vivências” (p. 298). Nesse sentido, gestos que sinalizam a importância do compartilhamento de responsabilidades representam um importante questionamento das bases das relações de cuidado.

Assim sendo, ao olhar para os tempos dos homens e os tempos das mulheres no lidar com o tempo da criança, rejeito o binômio trabalho reprodutivo/produtivo, utilizado comumente nas Ciências Humanas, no sentido de que é o cuidado da criança que rouba tempo do trabalho “fora”, aquele que conforme a premissa capitalista, “agrega valor”. É por este aspecto que o tempo de “ficar com” a criança é considerado como um tempo “gasto” (Fernandes, 2018, p. 316).

Durante minha passagem pelo serviço, conheci uma senhora que acompanhava seu neto no serviço com alguma frequência. Em uma dada semana do campo, estive com ela mais de uma vez, a primeira na confraternização de fim de ano do CAPS, e no dia seguinte, quando retornava para se juntar a um grupo com outros usuários que participariam de uma atividade na Vila Olímpica¹¹. Ela “cuidou” de trazer algo para contribuir com o lanche da turma. Esse

¹¹ Dispositivo gerido pelo município que oferece atividades de esporte e lazer para a população.

caso, como tantos outros “atos de cuidado¹²” que analiso ao longo desse percurso, apontam para a ideia de que tem algo mais cotidiano e relacionado ao feminino que diz de estar junto em situações mais ordinárias, acompanhando e mediando ações diárias, quando o usuário está na vida, estável. Essa dimensão cotidiana do cuidado em saúde mental é bastante importante, considerando o mandato de inclusão social, produção de autonomia e condições de exercício da cidadania; e não menos pesada, exige tempo, disponibilidade, constância. Algo que parece mais atrelado ao masculino é convocado no momento disruptivo da crise, que demanda contenção e controle, uma dimensão mais próxima do lugar da gestão do sofrimento, enquanto forma de exercício do poder tutelar (Lima, 2002).

Tronto (1993) ressalta que os atores sociais se localizam em diferentes camadas de responsabilização pelo cuidado em suas múltiplas dimensões. Pode-se dizer que no contexto ocidental, homens e pessoas privilegiadas “cuidam de” assuntos relacionados à esfera pública, questões mais amplas da vida social; enquanto mulheres e grupos vulnerabilizados “se preocupam com” questões da vida cotidiana, relacionadas à esfera emocional e afetiva, e, portanto, consideradas menos relevantes. O valor social das diferentes disposições para as tarefas de cuidado não é atribuído de forma igualitária, de forma que aqueles que se ocupam do cuidado de outros nem sempre terão as suas demandas de cuidado atendidas ou validadas, ou poderão contar com algum suporte social. Essa questão complexifica as discussões sobre a gestão do tempo e a divisão de tarefas do cuidado, uma vez que expandimos o olhar para diferentes dimensões desses encargos.

Essa discussão é relevante para analisar também as diferenças que se apresentam entre os profissionais na convocação da equipe em diferentes aspectos do trabalho. Em um dos dias em que estive em campo percebi que a equipe estava mais masculina do que costumava observar. Não sei se por acaso, por ser uma semana atípica, de início do ano, ou pelas demandas do serviço. Durante aquela manhã havia um usuário em acolhimento noturno que era de outro serviço, um homem que poderia ter entre 40 e 50 anos, demandava constante supervisão em função de sua desorganização psíquica e comportamento agressivo com outros usuários e com a equipe. Um enfermeiro me disse “precisamos fazer escala para estar no corpo a corpo com ele”, referindo-se a uma estratégia de contenção. Nesse corpo a corpo que se faz presença, contorno, barra, em circunstâncias que demandam uma intervenção mais direta, como segurar e conter (mesmo que não fisicamente), parece que a figura masculina é

¹² Kleinman (2015) defende a ideia do cuidado como experiência corporificada, que se materializa em atos físicos como abraçar, apoiar, ajudar a executar alguma tarefa, preparar algo que outra pessoa precisa, entre outros; mas também inclui uma dimensão relacional, que diz sobre a forma como se percebe as necessidades do outro, como se conecta ou não com o receptor dos cuidados, a qualidade da presença.

convocada para estar cuidando. E não apenas qualquer figura, mas homens com uma estrutura corporal que denotam a força física que é presumida nessa situação (como o enfermeiro que havia sinalizado o movimento desse usuário, o técnico da farmácia, o farmacêutico, o controlador de acesso, o técnico de enfermagem e o outro enfermeiro que também estava de plantão).

Esse relato chama a atenção se pensarmos na divisão dos cuidados que parecem naturalizadas no cotidiano do CAPS. É possível perceber que as mulheres constituem a maioria na equipe (não absoluta, mas expressiva), especialmente em profissões historicamente femininas, como a Psicologia, o Serviço social, a Enfermagem, Terapia Ocupacional, além da equipe de apoio, como as assistentes administrativas, auxiliares de serviços gerais e copeiras. Algo desse manejo mais apurado do cotidiano, do acompanhamento das funções mais ordinárias da vida diária dos pacientes por vezes são executadas pelas profissionais do sexo feminino, como havia sinalizado anteriormente em relação às acompanhantes dos usuários. Mas é importante notar que no dia da confraternização de fim de ano, por exemplo, quem estava acompanhando os usuários eram dois técnicos do sexo masculino, o que me faz pensar que também há outras possibilidades entre essa lógica binária de papéis de gênero, como a própria gestão desse serviço, composta por mulheres nos níveis mais altos de decisão.

As “profissões de mulheres” ou de algum modo consideradas “boas para uma mulher”, estão relacionadas, segundo Perrot (2005), à extensão de funções maternas e do âmbito doméstico, historicamente exercidas por mulheres. A ideia da figura feminina como habilitada para o cuidado dos mais vulneráveis se atualiza na carreira da enfermeira, da assistente social e da professora primária, por exemplo. Essas funções passam a ser organizadas no mundo trabalho formal, e mobilizam certas habilidades consideradas inatas, da dimensão física e moral, “a flexibilidade do corpo, a agilidade com os dedos [...], e até mesmo a passividade que predispõe à execução, doçura, ordem” (Perrot, 2005, p. 252), qualificações desejadas nessas ocupações e que são estimuladas na educação e socialização de mulheres. Nesse sentido, Perrot (2005) afirma que a segmentação operada no mercado de trabalho a partir de uma naturalização da diferença sexual, organiza e mascara a distribuição desigual dos papéis sociais atribuídos em função do gênero.

No contexto brasileiro, Zanello (2018) nos lembra que a entrada de mulheres brancas no mercado de trabalho, por vezes considerada um marco no processo de ocupação feminina do espaço público, evidencia desigualdades sociais a partir da invisibilização do trabalho feminino e de mecanismos de transferência da tarefa de cuidado. Em alguns casos, de mulheres negras em sua maioria, migrantes, mas também de mulheres solteiras ou viúvas, o

trabalho externo sempre foi uma realidade e geralmente se exercia em funções de cuidado e tarefas domésticas – já que não podiam cuidar de sua família, exerciam seu “instinto natural” no cuidado de outras pessoas, quase sempre em condições muito precárias, com baixa remuneração, segurança e reconhecimento social. Em relação às mulheres casadas, seu trabalho esteve relacionado a uma atividade complementar, já que seu papel principal seria de mãe e esposa. Além disso, o valor do trabalho feminino nunca foi idêntico ao masculino, e nas ocupações onde houve um processo de feminização, este esteve acompanhado de perda de status social da profissão e redução salarial.

Gonzalez (2016) aponta para outros aspectos da vivência das mulheres negras no Brasil, na intersecção entre as relações raciais e a força de trabalho feminina. Afirma que estão sujeitas a uma tripla discriminação, uma vez que o racismo e o sexismo a impelem necessariamente à pobreza. Ainda que os dados censitários não sejam precisos em relação à questão racial, sabe-se que o cenário não se alterou significativamente. Mesmo nas “profissões femininas” a mulher negra é preterida em relação à branca, nas quais a discriminação se esconde em exigências como “educação” ou “boa aparência”. Resta à mulher negra e pobre o serviço doméstico nas casas das famílias de classe média e alta e a prestação de serviços de baixa remuneração no comércio ou em instituições. Ou seja, a expansão do mercado de trabalho não caminhou na mesma direção para mulheres brancas e negras, e mesmo quando estas conseguem driblar as barreiras de acesso à educação formal, as desigualdades se mantêm na disputa do mercado de trabalho, levando-as a ocupar cargos menos rentáveis e menos reconhecidos.

Nesse sentido, Kergoat e Hirata (2007) consideram que a definição geral de *divisão sexual do trabalho* precisa avançar em dois pontos principais: é preciso ir além do debate sobre a constatação da desigualdade entre homens e mulheres, mostrando que são condições produzidas de forma sistemática e articular essas ideias à uma crítica mais ampla sobre como a organização social se utiliza dessas diferenciações para alocar atividades e atribuições de forma hierarquizada, configurando um sistema não só generificado, como sinalizam as autoras, mas que podemos acrescentar, tendo em vista discussões em relações ao histórico colonial e dos movimentos migratórios globais, é também profundamente racializado.

Ainda que haja contornos muito claros da divisão do cuidado na equipe em função das atribuições generificadas dessa tarefa, é importante perceber que entre as profissionais existem diferenças importantes em relação à posição social, raça e escolaridade, que também contribuem para as dinâmicas de responsabilização entre elas. No período em que estive mais intensamente na convivência, onde muitos atos de cuidado são executados e pactuados com os

usuários (para além dos atendimentos clínicos tradicionais), observei que esse espaço era mais ocupado por profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem, agentes territoriais¹³ ou oficinairos¹⁴) e de apoio, como mencionado anteriormente.

Em um desses dias de observação, conversava com uma agente territorial sobre a precarização dos vínculos de trabalho, na instabilidade que acompanha os profissionais de saúde do município, e seus impactos não só na construção de vínculo com os usuários, mas na saúde mental dos trabalhadores. Com anos de atuação no campo da atenção psicossocial, cujo trabalho parecia bastante valorizado pela equipe, me dizia que apesar de atuar em múltiplas atividades no CAPS, esse saber pela experiência não era tão valorizado em relação à remuneração, bem inferior ao recebido pelos técnicos de nível superior. Considero importante localizar aqui que os profissionais de nível médio executam funções que demandam acompanhamento intensivo com os usuários, como na circulação pelo território, na articulação e viabilização de diretos e acesso a serviços, ações que garantem as dimensões fundamentais para esse cuidado, além de participarem de funções compartilhadas com os demais, como o acolhimento, ordenamento, a referência e construção de PTS.

Mesmo entre os profissionais de nível superior, é possível perceber que existem percepções diferenciadas em relação à valorização do trabalho, notadamente entre os profissionais *psi* (psicólogos e psiquiatras) e as demais categorias, que refletem as disputas discursivas dentro do próprio campo, além dos constrangimentos em relação às diferenças de remuneração entre profissionais médicos e não-médicos. Mas se olharmos para os marcadores de raça, classe social e território, fica evidente que as diferenças são mais acentuadas entre categorias de nível médio e superior, que além da discrepância na remuneração, entre os primeiros nota-se uma maioria de pessoas negras e moradores do subúrbio do município do Rio de Janeiro ou de cidades da Baixada Fluminense, enquanto entre os demais é possível observar maior proporção de pessoas brancas que vivem nas regiões mais centrais da cidade ou na zona sul.

Portanto, parece importante considerar que entre a equipe, a divisão do trabalho ganha contornos mais complexos, não apenas em função do gênero, mas em relação às diferentes posições sociais entre os próprios profissionais. As relações raciais e o acesso ao ensino

¹³Cargo de nível médio que compõe as equipes dos CAPS do município do Rio de Janeiro, responsável por realizar o acolhimento e acompanhamento dos usuários na unidade e fora dela (quando indicado em seu PTS), participar de atividades coletivas como grupos e oficinas, além de realizar ações no território em articulação com outros pontos da rede de atenção psicossocial, com os equipamentos da assistência social, educação, cultura, lazer, com o intuito de ampliar o acesso de usuários e familiares aos recursos disponíveis na comunidade.

¹⁴Responsável por facilitar a realização de oficinas de produção ou expressão artística com fins terapêuticos, bem como atividades de geração de renda com usuários e/ou familiares dentro e fora dos Caps, com vistas ampliar repertórios de vida e contratualidade no campo social.

superior, em diferentes níveis, parecem compor as condições nas quais a responsabilização por distintos aspectos do cuidado em saúde mental vai sendo gerida e modulada por assimetrias sociais que refletem as interações entre diferentes marcadores. Nesse sentido, a interseccionalidade como perspectiva analítica pode contribuir para essa investigação, na medida em que busca identificar problemas sociais e compreender a complexidade nas formas de produção e articulação das diferenças, que nesse caso se apresentam em relações desiguais entre os profissionais de saúde e a rede socioafetiva desses sujeitos na sustentação do cuidado no território (Collins e Bilge, 2021).

Cho, Crenshaw e McCall (2013) afirmam que o termo surge na década de 80, no contexto dos movimentos sociais que lutavam contra a discriminação e desigualdade, para colocar em evidência como as estruturas multifacetadas de poder e opressão atuam de forma difusa e diferenciada a partir da criação de identidades. Sua assunção coloca em xeque as narrativas situadas em torno de um eixo único de opressão ou de uma sobreposição de eixos como aspectos distintos e impermeáveis. Para além de uma chave analítica para a compreensão de dinâmicas interseccionais nas relações de poder, é orientada por uma práxis, pensada como modo de intervenção nessa realidade. Ou seja, trata-se de uma perspectiva crítica de produção de conhecimento e práxis, de modo a mobilizar o saber acadêmico não só a refinar suas chaves de leitura e interpretação, mas a questionar suas bases e projetos políticos, para que possam contribuir com ações voltadas à justiça social (Collins, 2017).

[...] o que faz de uma análise interseccional, — quaisquer que sejam os termos que use, [...] qualquer que seja seu campo ou disciplina — é a adoção de um modo interseccional de se pensar sobre o problema da igualdade e diferença e sua relação com o poder. Esse enquadre — conceber as categorias não como distintas, mas como sempre permeadas por outras categorias, fluidas e mutáveis, sempre em processo de criação e sendo criadas por dinâmicas de poder — enfatiza o que a interseccionalidade faz e não o que a interseccionalidade é. (Cho; Crenshaw; McCall, 2013, p. 795)

Nesse sentido, a aproximação com a interseccionalidade enquanto perspectiva analítica contribui para pensar a centralidade do gênero na construção que vinha fazendo em relação ao tema da pesquisa. Ao investigar como o cuidado em saúde mental na rede pública pode se dar a partir de uma lógica sexista na gestão do sofrimento, pensando nas divisões de papéis sociais de gênero, é preciso levar em conta as diferenças e complexidades que se apresentam quando se “desce ao ordinário” do cotidiano desses serviços. O encontro com o campo mostra que as análises das relações de cuidado precisam ter em perspectiva a dimensão interseccional dos sistemas de poder, do que podem nos informar sobre aqueles que buscam e recebem cuidados, quais os arranjos possíveis entre os profissionais de saúde e a rede

socioafetiva desses sujeitos na sustentação do cuidado em seu território, suas disposições afetivas e materiais. Desse modo, trago algumas referências ao longo desse capítulo que apoiam tal perspectiva, na tentativa de situar o debate no contexto brasileiro (Gonzalez, 2016; Zanello, 2018; Passos, 2021).

2.2.2 O encontro com as mulheres que se ocupam do cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial

Me aproximo de uma mulher que estava em dos bancos da convivência, um pouco afastada do movimento que havia ali no pátio, enquanto aguardava sozinha pela receita para buscar a medicação especial, aquela dispensada no centro da cidade. Uma mulher branca, que parecia ter entre 40 e 50 anos, com os cabelos presos e roupas bem simples, sem muitos adereços, apenas uma bolsa. Ouvindo sua história me lembro de outra familiar que sempre apontava para a sobrecarga como algo que fazia com que fosse abandonando sua “ vaidade”, adotando formas mais práticas de se arrumar pela falta de tempo e recursos financeiros. Sabemos que uma das questões que atravessa a vivência de muitas mulheres está na relação com as pressões estéticas e normatividades no campo da aparência física, e como isso muitas vezes aparece como uma cobrança em relação ao autocuidado, ainda que no contexto de múltiplas jornadas de trabalho, incluindo o trabalho do cuidado de outras pessoas.

Conta que tem dois irmãos que são acompanhados pelo serviço, com alto grau de dependência, um deles tinha uma dificuldade importante de locomoção. Em certo momento ela interage com a psicóloga que exercia a função de técnica de referência de um de seus familiares, dizendo dos desafios do cuidado nessas condições, solitária, tentando transmitir alguma coisa do que se passa em casa, com um ar de cansaço e desânimo. A psicóloga, uma mulher branca, talvez um pouco mais nova que a irmã do usuário que acompanha, concordava com ela, reafirmando a narrativa que detalhava os percalços que enfrentava no cotidiano com eles. Ela foi a única de uma dezena de irmãos a se mobilizar para a responsabilidade sobre eles após o falecimento dos pais. Desde então, vivem com ela e o marido. Pergunto se era possível dividir um pouco desses encargos entre os outros irmãos, já que essa possibilidade existia nesse contexto, pelo menos em número. Ela desdenha da pergunta, afirmando com certa resignação que o restante da família não está muito presente nesse cotidiano e que raramente contribuem financeiramente com algo que estejam precisando. Pelo que é possível

perceber do seu breve relato, interrompido pela chegada da receita, ela fica com eles em casa a maior parte do tempo, enquanto o marido trabalha. Comenta algo sobre estar presa a essa situação, uma vez que os outros familiares se recusam a tomar parte da tarefa. Quais seriam as possibilidades de vida para essa mulher, além de dar conta dos cuidados básicos desses dois irmãos? Quais seriam seus planos, seus projetos? Por que essa responsabilidade recaiu em peso sobre ela, mesmo em uma família numerosa?

Essas questões me acompanhavam no contato com as histórias de muitas dessas cuidadoras que conheci ao longo da pesquisa. O compartilhamento do exercício cotidiano do cuidado com esses usuários parecia um privilégio com o qual muitas delas não podiam contar, nem sempre pela ausência real de outras pessoas na família, mas pela centralização desse encargo em uma ou duas figuras. Isso tem tanto a ver com as particularidades desse contexto, de lidar com pessoas com questões psiquiátricas, ou está presente de alguma forma nas múltiplas facetas do trabalho reprodutivo? Por que é tão natural relacionar o cuidado à esfera privada e às mulheres? Por que esses encargos são aceitos e em que condições são sustentados por elas?

O trabalho que as mulheres realizam na vida cotidiana doméstica, a forma que ele assume e o tempo que lhe é dedicado estão longe de constituir escolhas voluntárias, apesar de não existirem impedimentos legais para a busca de outros caminhos e de esse trabalho não ser resultado de coerções identificáveis como tais. A *responsabilização*, problema político, como tenho procurado mostrar, implica em desvantagens. Quando deixam de ser reconhecidos os aspectos estruturais que constituem posições e alternativas, as escolhas podem parecer “irracionais” e mesmo “irresponsáveis” (Biroli, 2017, p. 64, grifo da autora)

É preciso questionar a dimensão da afetividade e da dominação masculina para tentar compreender a permanência desse quadro. O trabalho de Zanello (2018) se dedica a investigar as configurações históricas do que nomeia como “dispositivo materno” e suas implicações na produção de subjetividade feminina. A partir de leituras pós-estruturalistas, é possível compreender que a autora utiliza o termo dispositivo enquanto aparato através do qual o poder atua na produção de sentidos, incluindo aqui os processos de subjetivação. O dispositivo materno constitui então o mecanismo que produz o engajamento de mulheres com a maternidade, de tal forma que a alocação desigual dos encargos do cuidado em função do gênero (mas também de outros marcadores sociais) seja naturalizada. Dessa forma, a eficácia do dispositivo está em sua influência na produção de subjetividade, na medida em que o poder se configura assim a partir de um exercício contínuo, constituinte, e não apenas de forma repressiva.

Para dar conta do funcionamento do dispositivo, a autora utiliza aqui a noção de “tecnologia de gênero” de Lauretis (1984) para descrever as formas de sociabilidade que forjam as condições de produção de subjetividade. Desse modo, o sujeito não se constitui apenas em função das relações de sexo, mas também de raça e classe, por meio de discursos e códigos intersubjetivos propagados pelo sistema cultural que o modula. Propõe que o gênero, “[...] como representação e autorrepresentação, é produto de diferentes tecnologias sociais, como o cinema, por exemplo, e de discursos, epistemologias e práticas críticas institucionalizadas, bem como das práticas da vida cotidiana” (Lauretis, 1984, p. 208). Ao situar o gênero como representação, a autora considera, inclusive, que tenha implicações subjetivas ou sociais na vida material dos sujeitos, e que isso diz do processo de sua construção ao longo do tempo, nas mídias, nas instituições, nas relações interpessoais, na arte, na academia, nas articulações políticas, até mesmo em teorias que tentam de algum modo questioná-lo ou desestabilizá-lo, como no feminismo. Zanello (2018) utiliza-o em sua formulação entendendo que as tecnologias de gênero configuram caminhos privilegiados de investigação da subjetivação feminina na relação com a maternidade e o cuidado.

A autora compreende que a maternidade, enquanto constructo social, sofreu alterações ao longo do tempo até chegarmos à naturalização do sentimento materno como destino e modelo de ideal feminino, em que se forja a associação entre “mulher” e “mãe”. Esta tarefa é então alçada a um lugar de importância, mas também de vigilância e controle, no qual o sacrifício e autoabnegação são promovidos como dever social, que se constitui como estratégia de um “empoderamento colonizado”. Nesse processo de tornar a mulher responsável pelo trabalho reprodutivo colonizam-se os afetos, de modo que o amor passa a estar vinculado à função de cuidar do outro, internalizado através do sentimento de culpa, que funciona como baliza moral de suas ações. Uma boa mulher deverá renunciar aos seus interesses próprios em função da maternidade, a partir da promessa de realização social que esse lugar lhe pode conceder. É importante situar que na cultura ocidental, branca e de classe média, a disposição ao cuidado como uma “essência” foi construída e reforçada não só em torno da maternidade, mas da responsabilização pelo cuidar de maneira geral, incluindo as tarefas domésticas. No entanto, essa tarefa esteve historicamente relacionada aos grupos subalternos, de modo que mesmo entre mulheres, sua distribuição apresenta diferentes graus de subordinação e agência, como mencionado anteriormente na análise das diferenças entre a equipe.

Zanello (2018) ressalta que, na medida em que a maternidade carrega consigo a sobrecarga e o adoecimento psíquico, também traz a dimensão do empoderamento a partir do

lugar concedido ao ideal materno, ainda que seja um afeto colonizado. A eficácia desse dispositivo na introjeção de valores e identidades fica bastante evidente quando se coloca em relevo que, para algumas mulheres, a única possibilidade de realização pessoal está relacionada ao papel de mãe, de modo que se faz necessário olhar para esses afetos e encargos como estratégias de agência, tanto para a disputa de espaços de poder, quanto como forma de defesa à autoabnegação a que são submetidas. Nesse sentido, a maternidade constitui um importante vetor no processo de subjetivação de mulheres, de modo tão perverso que pode se apresentar pela necessidade em ser demandada, uma vez que a função de cuidado garante um lugar que precisa ser constantemente reafirmado, produzindo como sintoma a impossibilidade de se deslocar subjetivamente do papel de mãe ou cuidadora, ainda que esse lugar também seja produtor de adoecimento.

Como afirma a autora, a maternidade é o ponto máximo no qual a naturalização do cuidado como constituinte do processo de subjetivação de mulheres se torna mais evidente. No entanto, são interpeladas pelo dispositivo materno em sua socialização mesmo quando não são mães, pela responsabilização pelo trabalho do cuidado, de sua disponibilidade para o benefício do outro. O sentimento de culpa seria o principal sintoma do funcionamento do dispositivo e da internalização do ideal materno. Segundo Zanello (2018), “as mulheres têm seu processo de subjetivação marcado assim pelo hetero-centramento, diferentemente dos homens, cujo processo passa pelo autocentramento, tornam-se ego-cêntricos, ego-ístas” (p. 154), o que explica a efetiva introjeção da culpa materna. Se sentem culpadas muitas vezes por não agirem de acordo com a expectativa social em relação à maternidade, ou por expressarem afetos negativos sobre essa experiência, de forma a questionar o lugar de “trabalho do amor”. Quando esse controle afetivo exercido pela cultura demonstra sinais de falha, os mecanismos de proteção/repressão são acionados, como a psiquiatria, a assistência social e a justiça, o que não ocorre na mesma proporção com os pais abandonantes, por exemplo. A reprodução, portanto, interpela identitariamente às mulheres, através do dispositivo materno e do ideal de maternidade, de forma muito distinta da construção da identidade masculina e sua relação com a paternidade.

Precisamos, portanto, diferenciar o cuidar, o amar e o procriar, os quais podem andar de mãos dadas, mas não necessariamente ou sempre, e não significam a mesma coisa. E mais, a possibilidade de procriar não torna mulheres mais aptas a cuidar e nem a amar suas crias, caso as tenham. Nem as faz naturalmente aptas aos serviços domésticos, muito menos contentes e realizadas em ter que se responsabilizar por eles. Muitas mulheres conseguem tirar proveito e prazer da maternidade, ou das atividades do lar, mas muitas sofrem, silenciosamente, frustradas e infelizes, e ainda se julgando anormais. Ou *culpadas* por não estarem à altura daquilo que é idealizado. Por fim, é necessário destacar que existem muitas

maneiras possíveis de ser mãe, inclusive de forma partilhada. Da mesma maneira, as tarefas do lar podem ser distribuídas, de modo a não sobrecarregar as mulheres e a responsabilizar também outros moradores da residência, sobretudo os homens que, em geral, pensam que esse assunto não lhes diz respeito (Zanello, 2018, p. 152, grifo da autora).

Retomando a trajetória trazida por Fernandes (2018) é possível perceber como as disputas pelo tempo envolvem moralidades e expectativas distintas entre homens e mulheres. A forma como a responsabilização pelo cuidado é socialmente direcionada às mulheres remete a uma disponibilidade quase infinita de tempo disponível para o outro, assim como a ausência paterna é relativamente tolerada. No caso analisado, apenas no esgotamento do papel materno é que outros atores entram no circuito de cuidados, ainda que com muitas críticas à tentativa da mãe de “correr atrás” de melhores condições de vida. O peso da ausência materna fica evidente na forma como essas mulheres são estigmatizadas por renegarem o sacrifício do tempo, reforçando a íntima relação entre o feminino e o cuidado do outro. Os afetos mobilizados nessa renúncia, que envolvem sobretudo a culpa e o constrangimento, dizem do caráter compulsório da entrega e do cuidado não apenas no aspecto pragmático, mas na implicação que essas distintas posições sociais ocupadas por cuidadores em função do gênero representam na produção de subjetividades.

Portanto, é possível problematizar aqui, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que o Estado atua como um cogestor do cuidado, compartilhando com a família, e de forma mais ampla com toda a sociedade, a tarefa de sustentar a presença de pessoas que sofrem com os prejuízos advindos de um transtorno mental na comunidade. Pelo exposto até aqui, a eficácia da familiarização do cuidado com a Reforma parece estar diretamente relacionada à eficácia do *dispositivo materno*, como descreve Zanello (2018), na medida em que esse processo se insere em um modelo societário que naturaliza a convocação que recai tacitamente sobre mulheres em relação ao trabalho do cuidado, que sem muito estranhamento vão se ocupando dessa tarefa. Nesse sentido, ficam evidentes os mecanismos que levam essas cuidadoras a assumir, boa parte das vezes de forma quase que integral, os encargos desse trabalho. Mas o que pretendo trabalhar nos tópicos que seguem é a forma como essas mulheres se articulam nesse cotidiano e compõem os arranjos de cuidado de seus familiares, com os recursos com os quais podem contar.

2.2.3 O cotidiano de cuidadoras e usuários do CAPS: o ordinário na construção diária da Reforma

Com o tempo que fui dedicando à pesquisa de campo, especialmente nesse espaço da convivência, pude me atentar para os aspectos mais ordinários do cotidiano dessas famílias no manejo de relações de dependência em função das condições de saúde mental dos usuários do CAPS. Em alguma medida, me interessava capturar não só os arranjos que eram pensados para sustentar esse cuidado no território, mas também como os fluxos da vida escapam às tentativas de captura e exigem movimentos de ajuste e novas pactuações entre os atores envolvidos. Nesse contexto, que envolve precariedades, ausências, moralidades e estigmas, muito se produz nas construções diárias de sentidos que permeiam o cuidado e o risco, bem como as dificuldades que constantemente se apresentam no encontro com a alteridade e a necessidade de abertura para o “não saber”, que em alguma medida também é partilhado com os profissionais, quando se deparam com situações que avançam as fronteiras do prescrito.

Em um dos dias que estava na convivência, presencio um conflito entre um dos usuários do CAPS e sua mãe, que o acompanhava nesse dia. Haviam acabado de chegar. Ela, que havia parado ali mesmo na entrada para falar comigo, uma mulher negra de cabelos bem curtos, que evocava com frequência nas nossas interações um passado em que tinha tempo para cuidar mais de si e não vivia em uma situação financeira tão difícil como no presente. O filho, um rapaz de quase 30 anos, pardo, parecia um tanto agitado nesse dia, entrou direto e se pôs a andar apressadamente pelo pátio, procurando por um de seus técnicos de referência, como se precisasse falar com alguma urgência. Em certo momento, ele retorna para o lugar onde estávamos eu e a mãe, de modo que conseguíamos ouvi-lo queixando-se com alguém da equipe de ter sido agredido por outro usuário, momento que a mãe se aproxima e iniciam uma discussão. As pessoas em volta, técnicos, funcionários do apoio, pacientes e familiares se unem para mediar a situação. A mãe resiste a qualquer intervenção de quem tentava separar a briga, grita de indignação com o comportamento do filho, parecia querer contê-lo sozinha. Cada um é levado para um espaço mais reservado do CAPS e a equipe tenta acalmar os ânimos.

Ao meu lado estava uma senhora, também negra, que comenta a cena: “Ela não pode agir que nem ele! Ele tem problema mental, ela não!”. Conta que seu neto, que no momento da confusão estava participando de uma das oficinas do CAPS, já a agrediu fisicamente algumas vezes, mas que ela entende que isso tem a ver com a doença, que ele não sabe o que

faz e ela, enquanto familiar, não pode reagir “de igual para igual”. Ela diz conhecer a mãe que estava na cena e sabe da realidade dura da vida dela, que também tem outro filho “especial”. Questiona se não seria necessário ajustar a medicação do rapaz, repetindo algumas vezes que independente disso “não dá para fazer igual a ele”. Diz que já foi criticada pela postura mais complacente que assumia com seu neto, que lhe diziam que ela que precisava se impor mais. Ela, que visivelmente caminha com alguma dificuldade (talvez em consequência da idade, deveria ter por volta de 60 anos), acompanhava semanalmente o neto em atividades no CAPS, geralmente esperando pacientemente em um dos bancos da convivência, como nesse dia em que presencia a discussão. Conta que assumiu o cuidado dele por conflitos com a parceria amorosa da mãe (sua filha), e que ela, que também não concordava com a união, se posicionou a favor do neto. Foi mãe solo¹⁵ de três filhas, assumia esse cuidado do neto apesar de muitas tentativas para evitar que as filhas pudessem ter uma gravidez precoce e sem muito suporte social, como no seu caso.

Vou ao encontro da mãe que estava envolvida na discussão, que conversava com a psicóloga que era referência de seu filho. Essa técnica era uma mulher branca, que também era mãe, talvez alguns anos mais nova que aquela senhora que ela ouvia atentamente. Acompanha a família há algum tempo no serviço, conhecendo bem a história e a dinâmica familiar. Pareciam ter uma relação de confiança, de modo que a mãe falava dela como alguém que a ajudou a manejar melhor as questões com o filho, e com frequência recorria a ela para compartilhar alguma dificuldade. A essa altura já havia se recuperado um pouco, não parecia estar com tanta raiva como no momento da briga. Falava muito rápido, quase não ouvia o que lhe era dito, mas essa aceleração dizia mais de seu ritmo habitual do que da exaltação daquele episódio.

Conta que o filho vinha bem, estavam conseguindo alguns progressos com o autocontrole e tolerância à frustração. No entanto, relata alguns episódios recentes de conflitos na família, que acredita que tenham a ver com isso que aconteceu. Conta que o marido voltou a trabalhar e ela tem ficado mais à frente do cuidado com os filhos que são dependentes dela. Diz que teve uma semana atribulada com as confraternizações de fim de ano dos espaços por onde os filhos circulam (escola, vila olímpica, CAPS). Queixa-se que o marido acha que ela está “passeando”, que não vê esses compromissos como trabalho de

¹⁵ Termo utilizado atualmente para designar mães que exercem exclusivamente a responsabilidade pela criação de seus filhos. Sua circulação tem sido reivindicada como forma de desvincular o exercício da maternidade ao estado civil da mulher, rompendo com discriminação histórica de mulheres que criavam seus filhos sem estar vinculada a uma parceria amorosa.

cuidado, como cuidado com os filhos, com o bem-estar deles. Pelo seu relato, o pai não tem muita tolerância aos momentos de crise do filho, e costuma reagir “como ele”, parafraseando a senhora com quem conversava antes. Quando está tudo bem, ele não se queixa e colabora no compartilhamento das tarefas. Mas se algo sai do controle, não costuma poupar ninguém, nem o filho e nem a ela.

Sente-se culpabilizada pelas coisas que dão errado, por não ter trazido o filho para avaliação médica, pois achava que estava tudo bem. Ela questiona por que o filho se voltou contra ela e o pai, que com todas as questões também faz muitas coisas para ele. Falamos sobre essa projeção que ele faz nos outros quando se sente frustrado, que age assim porque não tem muitos recursos “psíquicos” para lidar com isso, e que ela, enquanto familiar, acaba sendo atingida. A técnica confronta essa perspectiva de uma melhora progressiva, como se em algum momento o filho fosse ficar “curado”, dizendo da importância de entender que esses momentos fazem parte da história dele, que está trabalhando para lidar melhor com suas emoções. E que esse “deslize” como ela nomeou, não era culpa de ninguém. Ela conta que já foi muito criticada pela família por algumas escolhas que fez em prol dos filhos, como mudar de casa, bancar a não internação em momentos de crise, incentivar que fizessem as próprias escolhas ao invés de tomar decisões por eles. Conta do manejo que tem com o filho ao tentar envolvê-lo nas tarefas de casa, de fazer coisas com ele e não impor de forma autoritária, mesmo com toda a dificuldade de compreensão que ele apresenta.

A psicóloga que a acolhia expressa certo estranhamento ao ouvi-la dizer que se sente uma péssima mãe. Vai tentando apontar como as ações que ela relata, e outros elementos que conhece de sua história, dizem de muito empenho e dedicação nesse cuidado, movimento que vou endossando também a partir desses apontamentos. Parece algo comum entre mulheres, que por vezes precisam sinalizar para outra o que parece óbvio, que aquela culpa não lhe cabe, como na descrição do dispositivo materno apontado por Zanello (2018). Mas nesse acolhimento parece haver, ao mesmo tempo, uma identificação por vivências comuns, mas uma frustração em saber que a palavra tem pouco peso diante da eficácia do dispositivo materno, no sentido de não produzir o alívio que se espera, de uma sensação de que a culpa é recorrente e profundamente capilarizada no dia a dia. Até que ponto essas falas não carregam um teor prescritivo, como se fosse possível não se sentir enredada naquele ideal de maternidade?

O que chama a atenção nesse fragmento é que um lugar comum no cotidiano dessas cuidadoras é a sensação de incompletude, de algo que parece estar sempre em falta, ainda que esteja totalmente investida nesse cuidado. Não raro as familiares compartilham em seus

relatos episódios de agressividade ou desconfiança do paciente, a falta de suporte da família e da rede social, as críticas que recebem de familiares ou dos profissionais (ainda que não diretamente) e vão alimentando sentimentos de culpa e desvalorização. Ainda que esse trabalho demande uma expressiva dedicação de tempo e disponibilidade afetiva, não só um trabalho real e de sustentação da vida na esfera privada, e que nesse caso, sustenta também o cuidado em liberdade de pessoas em sofrimento psicossocial, o que retorna para elas é a sensação de ter que dar conta de tudo, que antecipar o movimento do outro ou da vida, algo que não escapa até mesmo da crítica de seus pares.

Na perspectiva que entende o exercício da maternidade e da reprodução como mediados por relações de poder e permeados por desigualdades sociais, raciais e de gênero, Mattar e Diniz (2012) utilizam o termo “hierarquias reprodutivas” para designar a discriminação em relação a um modelo ideal de exercício da maternidade e criação dos filhos, em que algumas maternidades são consideradas menos legítimas e recebem menos suporte social que outras, com impactos significativos no exercício dos direitos humanos das mulheres, incluindo a entrada e permanência no mercado de trabalho (formal e informal), o isolamento e ausência de uma rede de apoio, levando a maior exposição à vulnerabilidade social e pobreza. Ainda que essa condição tenha relação com as dinâmicas sociais de violência e opressão, essas famílias são culpabilizadas pela própria precarização a que estão submetidas, gerando um ciclo de exclusão e marginalização, especialmente quando dependem de algum programa de proteção social estatal. Nesse sentido, essas maternidades não só são indesejadas e não incentivadas (sob forte controle estatal em relação vida reprodutiva dessa população), mas são negligenciadas e associadas a problemas sociais (criminalização da pobreza).

No caso do campo da Atenção Psicossocial, essa hierarquização ganha contornos específicos, uma vez que se trata de uma população extremamente vulnerabilizada, tanto por questões econômicas e raciais, mas pelo isolamento social provocado pelo estigma do adoecimento psíquico. Fica evidente que a reprodução dessas camadas sociais passa por múltiplos constrangimentos e não são valorizadas e apoiadas socialmente como as de famílias de outros estratos sociais e que não demandam apoio do Estado. A forma como essas configurações familiares são tornadas ilegítimas e mesmo alvo de políticas de extermínio evidencia que racializar e generificar o debate sobre as questões relacionadas à reprodução é uma agenda urgente e necessária para viabilizar as condições básicas para o exercício da parentalidade em diferentes situações de risco e vulnerabilização.

Passos (2021), em uma publicação sobre o sofrimento causado em mulheres negras pela negação da maternidade, argumenta que o racismo estrutural desautoriza seu direito a cuidar dos seus, ainda que esse seja um lugar quase que compulsório para mulheres no geral. Para melhor compreensão da construção histórica do lugar da mulher negra no Brasil, é preciso retomar às bases das relações escravistas no período colonial, no qual exercia o papel de cuidadora na casa-grande, onde sua condição de mulher é coisificada em função dos interesses da família branca a qual deve servir, inviabilizando o cuidado de sua própria prole. A negação da autonomia sobre seu corpo e suas escolhas, dentre elas a reprodução, fala da condição de habitar uma “zona do não-ser” apontada por Fanon (2008) como estratégia de poder que atua no silenciamento e aniquilação dessa população. O fato de nem todas as mulheres poderem usufruir do mito do amor materno evidencia o caráter racista e colonialista da nossa sociedade na produção e reprodução do sofrimento. A negação da maternidade é uma herança do cuidado colonial, pela forma como o branco se apropria não só de seu corpo, mas de sua disponibilidade para o cuidado com o outro. Isso não as impediu de gestar e cuidar de seus filhos, mas essa maternidade se dava em condições muito precárias, sem o devido suporte, como forma de penalização por seu direito reprodutivo.

Nesse sentido, é preciso considerar alguns aspectos sociais relevantes no que diz respeito às práticas de cuidado em nosso país, que conjugam questões raciais com a transferência de cuidados de forma estratificada. Costa (2002) propõe uma reflexão sobre como, na história social brasileira, as obrigações femininas no âmbito das práticas de proteção primária – nas relações familiares e socioafetivas – foram reforçadas e contribuíram para retardar a implementação da proteção social secundária no país, como instituições estatais ou privadas de assistência social em apoio à gestão da vida doméstica. Essa reflexão pode contribuir para evidenciar as relações entre as dimensões políticas, econômicas e sociais do cuidado em âmbito doméstico. Em suas palavras, “recolher o político das práticas femininas favorece sua desnaturalização e a sua dimensão pública” (p. 302). Sobre este aspecto, Passos (2016) também aponta:

No caso brasileiro, é perceptível o familismo como modelo vigente nas práticas e nas políticas sociais. Esse modelo vem com uma falsa aparência de resolubilidade e viabilização de direitos, encarregando a família de promover a proteção social. Na família brasileira, as mulheres exercem o trabalho doméstico e de *care* e ainda ocupam o mercado de trabalho. Entretanto, não é repensado pelo Estado, o mercado e a família a dupla ou tripla jornada exercida pelas mulheres, recaindo mais uma vez sobre elas as atribuições e responsabilidades vinculadas ao *care* (Passos, 2016, p. 98).

Costa (2002) propõe o conceito de “maternidade transferida” para abordar a forma como mulheres atribuem a responsabilidade sobre o cuidado materno a outras mulheres, delegando a gestão do cotidiano doméstico para efetivar a “saída” para a vida pública. Tal prática se exercia com pouco apoio do setor público e consolidava redes de proteção e interdependência em âmbito privado, de modo a perpetuar desigualdades estruturais entre mulheres.

Para a construção de seus sonhos e projetos, as mulheres avaliam o tempo a ser furtado da administração doméstica. Nesse cálculo, a liberdade de uso do tempo aprisionado no interesse de outros tem lá suas muitas regras societárias, inclusive afetivas. No caso brasileiro, onde relações escravistas foram dominantes até fins do século XIX, mudanças de regulação do tempo feminino levavam a constantes negociações e rearranjos de outras relações – de classe, etnia/raça, gênero e geração – de tantas desigualdades (Costa, 2002, p. 310).

No caso brasileiro, a autora relata que essa transferência tem relação profunda com a herança colonial do país, na medida em que mulheres das classes médias e altas, para exercerem atividades remuneradas ou para se dedicarem aos estudos, delegam a gestão do cuidado doméstico a mulheres em sua maioria de negras, pobres e de baixa escolaridade. Nesse sentido, Costa (2002) afirma que a chegada de mulheres no mercado a partir dos anos 60 evidencia a crise nas relações primárias de proteção, sem a retaguarda de uma rede de proteção secundária. O modelo privatista de proteção social, que modula o acesso de mulheres a diferentes lugares sociais e ao consumo de bens e serviços, retarda a discussão sobre a necessidade de implementação de mecanismos institucionais de proteção e apoio para mulheres mais vulnerabilizadas socialmente.

Mulheres pobres para desempenho de inúmeras tarefas fora do ambiente doméstico, dispondo ou não de equipamentos sociais, contaram, sempre, em suas obrigações de casa, com o apoio de outras mulheres, pobres como elas, estabelecendo redes sociais pouco estudadas, com perdas de direitos sociais para muitas delas. A disponibilidade de creches no Brasil – só instituídas como programa oficial nos anos 70 do século XX –, mesmo hoje poucas e precárias ou caras, associada aos dados do censo de 2000 sobre o trabalho feminino fora da e na casa revelam a extensão dessas redes e os nexos entre a história de cuidados domésticos e os serviços sociais. O controle da natalidade pelas mulheres torna-se, agora, uma exigência (Costa, 2002, p. 312).

Dessa forma, entendo que a transferência de cuidados em âmbito privado favorece a invisibilização de sua importância na vida pública, o que traz prejuízos importantes para a mobilização política de mulheres que ocupam os lugares mais subalternizados nessa estrutura de concentração de cuidados, de modo que não se avançou nas discussões sobre a responsabilidade do Estado nas situações em que a rede de proteção social primária pode ser insuficiente. Aqui não se trata de uma crítica à socialização dos cuidados, como aponta Zanello (2018), mas da mercantilização dessas relações, que vão acirrando as disputas de

classe e situando àquelas que se ocupam do cuidado em dinâmicas de vulnerabilização socioeconômica, como o caso das trabalhadoras domésticas e do *care*, que não podem ou não conseguem dedicar tanto tempo ao cuidado dos seus por exercerem essa função de forma remunerada.

Este é um ponto delicado no contexto da atenção psicossocial, uma vez que, com a familiarização do cuidado, as cuidadoras da rede socioafetiva desses usuários se ocupam da parcela do trabalho reprodutivo, que envolve todo o conjunto de tarefas de manutenção da vida diária que garantem a sustentação desse cuidado em saúde mental no território. No entanto, os custos desse trabalho não aparecem na reorganização da lógica de atenção, que prevê dispositivos de assistência em diversos níveis de intensidade, mas pouco avançou nas questões de proteção social que estão na base das necessidades primárias dessa população, para que se possa então acessar o cuidado em saúde mental. Desse modo, os CAPS atendem à demanda assistencial de seus usuários e oferecem suporte às famílias, mas o apoio necessário à manutenção da vida no cotidiano é de total responsabilidade do núcleo familiar, incluindo o trabalho doméstico, como já discutido anteriormente. Na intersecção de múltiplas formas de opressão e discriminação, pode-se dizer que o nível de suporte social que encontramos na realidade dessas famílias reflete a precariedade desses arranjos.

Nesse cenário, o que se observa é que mulheres vêm sendo convocadas para ocupar o lugar principal no cuidado, ao passo que o Estado vai reduzindo sua participação com o sucateamento dos serviços e os entraves à implementação da RAPS na perspectiva de um cuidado integral, além das poucas medidas previstas visando a proteção social primária, o que contribui para situá-las em condições bastante vulnerabilizadas. Em que medida essa forma de governar pela ausência de políticas públicas adequadas à realidade social dos usuários da RAPS e de seus cuidadores, e nesse ponto considerando o papel preponderante de mulheres mães e avós, pode ser analisado enquanto forma de negligenciar e tornar inviável o exercício da maternidade nesse contexto? Tendo em vista que os usuários atendidos nesses serviços são majoritariamente negros e pobres, quais são as consequências desse desinvestimento sistemático em formas de apoio ao cuidado dessa população, considerando a distribuição social do cuidado a partir desses marcadores?

É importante trazer aqui a dimensão produtiva dessas ausências, do que estou apontando nesse contexto como desinvestimento do Estado em direcionar mais recursos e ações ou incluir o trabalho do cuidado em uma agenda prioritária para a concretude da Reforma, bem como a recusa dos homens à responsabilização pela divisão dos encargos do cuidado de seus familiares. Partindo da formulação de Fernandes (2020), proponho analisá-las

enquanto “ausências ativas”, isto é, que dizem de uma falta estrutural que mulheres constantemente se sentem convocadas a suprir, uma vez que disso depende, em muitos casos, a manutenção da vida dos seus. Ativas no sentido de produzirem, além da sobrecarga materna e vulnerabilização psicossocial, julgamentos e cobranças em relação a forma como essas mulheres lidam com o sofrimento gerado pelo desamparo, como as categorias do “nervoso” e da “agressividade” apontadas pela autora.

O que observo no contexto da pesquisa é que os dispositivos de cuidado da Reforma no cotidiano se apoiam e reforçam essas tecnologias de gênero ancoradas no dispositivo materno descrito por Zanello (2018), não apenas pela maior presença das mulheres no lugar de cuidadoras, mas pelas ausências ativas de homens da rede socioafetiva dos usuários, que ao serem naturalizadas, são em certa medida também reforçadas pelo serviço. Além disso, essas ausências não ditas no cotidiano dos espaços de cuidado se refletem no apagamento da sobrecarga feminina como uma pauta importante para o seguimento da Reforma.

Nesse processo, a chamada “ausência de Estado” ou “ausência dos homens” não significa inocuidade de ações, mas desvela um tipo de poder que regula através da distância e proximidade, mesclando o sentimento de medo junto a possibilidade concreta de castigo. A partir dessas perspectivas, nos situamos diante de uma poderosa tensão entre falta e presença, ostentação e contenção. Essa tensa dialética fala de processos de gênero, classe e raça fundamentais na compreensão das condições de vida de mulheres mães pobres e racializadas (Fernandes, 2020, p. 210).

Nesse sentido, entendendo que as instituições estatais reproduzem as múltiplas formas de violência e discriminação, Passos (2021) afirma que o Estado e suas formas mais cotidianas e burocratizadas de governo exercem papel importante na manutenção do cuidado colonial no contexto brasileiro, reforçando o lugar da mulher negra na política da reprodução. A autora ressalta ainda a crescente patologização e medicalização do sofrimento dessas mulheres como consequência do racismo estrutural e das hierarquias reprodutivas que tornam essas maternidades inviáveis. Instituições que deveriam cuidar e garantir os direitos básicos dessa população, como os serviços de saúde, por exemplo, podem atualizar práticas de desumanização e coisificação de pessoas negras, bem como a criminalização de demandas básicas de sobrevivência. É preciso observar como o sofrimento gerado por essa sobrecarga, precarização, falta de apoio e culpabilização vem sendo acolhido, gerido ou gestado pelo Estado.

No caso do serviço onde se realizou a pesquisa de campo, foi possível observar que em muitos casos a mãe – mas não só essa figura exercendo a função materna, frequentemente ocupada por avós, tias, irmãs, e até mesmo as esposas – é a pessoa mais presente no cuidado, e que essa centralidade por vezes não é questionada ou estranhada pela equipe, que também

vai depositar nessa mulher a responsabilidade de garantir o cuidado de seu familiar no território. Essa naturalização pode ser percebida justamente a partir do que não aparece na forma como os profissionais constroem as narrativas sobre as trajetórias dos pacientes, quase como se o abandono paterno desses sujeitos que demandam cuidados em saúde mental, ainda que haja essa referência em seu núcleo familiar, fosse presumido na maior parte dos casos acompanhados. Em minhas interações com a equipe e nas interações que observei entre as cuidadoras e os profissionais, foi possível perceber que ainda que esse questionamento seja levantado, o cenário frequente de redes de apoio muito precarizadas e a necessidade em afirmar arranjos provisórios vão empurrando o problema para segundo plano. Muitas vezes é essa a pessoa com quem o usuário pode contar, e em alguma medida o serviço também, direcionando expectativas e cobranças em relação ao manejo e seguimento do tratamento, que se presentificam nas disputas entre esses atores em torno do “melhor” cuidado.

Me recordo da discussão de um caso que presenciei em um espaço de reunião com outros equipamentos do território, em que se falava de uma usuária que se colocava bastante em risco em função de seu quadro clínico, que causava um grave prejuízo em seu juízo crítico da realidade à sua volta. A psicóloga que era referência da paciente relatava que ela vivia com a mãe e a filha em condições bastante precarizadas em uma região de conflito deflagrado, o que aumentava ainda mais os riscos de sua circulação errante pelo território, que muitas vezes envolvia o uso prejudicial de drogas e prostituição. Conta que a maternidade parecia ser uma questão complexa para ela, que pela desorganização psíquica apresentava muita dificuldade em cuidar de seus filhos, de forma que essa função foi sendo acumulada pela avó ao longo do tempo. A psicóloga enfatiza em seu relato o papel central da mãe da paciente nas articulações que mediou e sustentaram muitas vezes sua permanência em vida, de como essa dupla maternidade, uma vez que exerce esse papel para a neta, traz inúmeros desgastes no cotidiano dessa mulher. No entanto, em episódio mais recente que envolvia importante risco da usuária no território, a técnica compartilha na discussão seu estranhamento em relação ao fato dessa mãe não ter acionado a equipe. Conta que ao falar com ela podia sentir sua exaustão com o cenário de precariedade em que se encontra a família, o que poderia explicar também sua apatia diante de mais uma “crise¹⁶” da filha.

Nesse sentido, o que o período da pesquisa de campo me leva a entender é que ainda que a equipe seja sensível às múltiplas camadas da sobrecarga materna com as atribuições em

¹⁶ O termo é utilizado pelos profissionais desse campo de forma a evocar não só o sentido de uma crise do ponto de vista psíquico, mas em sua dimensão social, na relação desse sujeito em sofrimento com o seu território existencial, na forma como é acolhido ou como é exposto ao risco pelas dinâmicas relacionais acionadas em sua circulação.

sustentar o cuidado em liberdade, os profissionais não escapam em encarnar, mesmo que de forma sutil, cobranças e prescrições sustentadas por um lugar de saber técnico em relação a essas maternidades, presentificando moralidades e normatividades no exercício do cuidado compartilhado com essas cuidadoras. De algum modo, os discursos que embasam essa prática dizem não só de diferentes noções de cuidado em saúde mental que podem ser amplamente ancoradas no saber técnico e no compromisso ético com a Reforma, mas em certa medida revelam a carga moral impregnada nas orientações, explicações e proposições feitas pelos agentes do Estado, que por vezes se aproximam de um certo ideal de maternidade e autonomia materna que dificilmente encontra lugar na realidade vivida por essas mães. A questão que pretendo explorar nesse próximo tópico é justamente como essas mulheres respondem, reagem, resistem diante das hierarquias reprodutivas que podem não inviabilizar totalmente, mas que certamente compõem a sobrecarga que experimentam no cotidiano.

2.2.4 A Reforma e a familiarização do cuidado: a percepção dos familiares

A conjugação dessas fragilidades no cotidiano das famílias por vezes traz à tona cobranças e ressentimentos em relação ao papel do CAPS na assistência, tanto aos usuários como aos seus familiares. Esses afetos aparecem de diversas formas na relação desses atores com os profissionais e a gestão do serviço, na adesão às propostas terapêuticas, mas sobretudo, no questionamento da direção de cuidado e das bases da RPB. Ainda que o movimento se justifique pela denúncia às violações que ocorriam nos hospitais psiquiátricos e na instituição de mecanismos de proteção e garantia dos direitos humanos para esses usuários, a sobrecarga e a ausência de suporte social por vezes alimentam sentimentos nostálgicos em relação a estruturas manicomiais, que remetem à direção oposta dos caminhos percorridos ao longo das últimas décadas na política de saúde mental brasileira.

Olhando para o pátio e para alguns usuários que estavam mais “desorganizados¹⁷”, uma senhora já bastante idosa me diz que preferia quando o filho fazia seu tratamento no ambulatório que era integrado a um hospital psiquiátrico, em um bairro mais distante dali.

¹⁷ Essa é uma expressão bastante utilizada no campo para descrever usuários que apresentam alterações no curso do pensamento, em que as ideias não seguem um encadeamento lógico, ou no comportamento, como agitação psicomotora, interação social inadequada e prejuízo na execução de ações de autocuidado (alimentação, hidratação, cuidados básicos em saúde e higiene) (DALGALARRONDO, 2008). Esses sintomas geralmente indicam um momento de agudização do quadro, mas podem estar presentes também de forma crônica.

Relata que lá ele tinha consultas regulares com o psiquiatra e, quando precisava, ficava internado. A enfermaria, segundo ela, era mais organizada que os leitos de acolhimento noturno ali no CAPS, os pacientes eram separados por sexo e pela gravidade do quadro, de forma que os estavam mais graves ficavam em um ambiente separado. Em sua opinião essa organização fazia mais sentido, porque não atrapalhava a recuperação dos demais, que já estavam mais estabilizados. Ali no CAPS ela achava ruim ficar todo mundo misturado, parecia ter uma certa desconfiança de que a equipe pudesse dar conta dos pacientes naquela estrutura. Entendi que apesar do filho não ter uma crise há algum tempo, tinha algo estrutura hospitalar que parecia fazer falta. Ela, no entanto, frequenta mais o serviço que o próprio filho. Talvez tenha a ver com a ideia de tratamento atrelada a práticas exclusivas do campo da Psiquiatria, que supostamente garantiriam maior assistência. É importante pensar aqui que esses embates entre concepções distintas de cuidado nos ajudam a confrontar as noções implícitas da tutela como exercício de poder embebidas em modelos de gestão dos espaços e recursos que atuam como “[...] mantenedor dos desiguais em seus nichos” (LIMA, 2002, p. 16)¹⁸.

Outro caso me chama a atenção justamente por caminhar na direção oposta. Se tratavam de duas mulheres adultas (mãe e filha) acompanhando um usuário jovem, que pelo que observei ali parecia demandar constante supervisão de um cuidador, sem muitos recursos para se manter de forma autônoma. Enquanto estiveram ali na convivência, as duas realizavam um esforço visível para mantê-lo por perto. Ele parecia ter algum comprometimento na comunicação verbal, mas buscava a interação com os demais a todo momento, justamente o que tentavam mediar. Vieram buscar a receita de uma das medicações prescritas para buscá-la na farmácia no centro da cidade, para onde iriam em seguida. A receita não estava pronta, o que deixa a mãe um tanto aborrecida, reclama que a referência havia garantido que estaria lá, e rapidamente lhe dizem que o médico que estava no dia iria providenciar o que precisava, pedindo para que ela aguardasse um pouco. Mãe e irmã não se queixam, ficam o tempo todo perto do usuário, segurando sua mão, para evitar que saísse dali. Ele é um rapaz alto e forte, muito sensível aos ruídos e estímulos externos. Uma das ATs se aproxima e conversa com a família sobre amenidades, apoiando de certa forma aquela contenção para ele, acolhendo a mãe que compartilhava detalhes do manejo diário desse cuidado.

¹⁸ Mais adiante, abordarei a dimensão genericada da gestão do cuidado, inspirada na proposição de Lima (2002) em relação ao par gestar e gerir enquanto polos feminino e masculino, respectivamente.

Em outros tempos, quando ainda era residente, me lembro como a relação dessa mãe com o serviço era difícil, principalmente com a técnica de referência, com cobranças e ressentimentos direcionados a ela, demandando que outros profissionais entrassem no caso. Ela, mãe solo de um rapaz bastante dependente, demandava que o filho ficasse no serviço como se fosse uma espécie de “creche”, o que era muito complexo, uma vez que ele necessitava de alguém sempre muito próximo. Algo que diz da dificuldade em lidar com esse cuidado intensivo de forma solitária, com uma rede de apoio muito frágil, envolvendo uma série de complexidades, inclusive recorrer ao uso de violência física com o usuário, relatado pela própria. Naquele momento, recusava as tentativas de escuta e aproximação pela equipe. Aquela cena ali parecia um indício de que a relação entre a família e o serviço havia evoluído, de algum modo parecia haver um deslocamento da demanda que ela direcionava, não no sentido de não ser acolhida, mas de se dispor a negociar as estratégias de cuidado com a equipe.

Em outro momento da observação pela convivência, conversava com uma senhora que por vezes participa do grupo de família. Naquele dia apenas acompanhava os filhos que vinham ao CAPS como combinado em seu PTS. Mãe solo, realidade comum a muitas histórias que conheci ao longo da pesquisa, tinha dois filhos que eram acompanhados pelo CAPS, com um nível de dependência importante, de modo que ela precisava não só gerir a ida e volta do local de cuidado, como também a administração da medicação. A AT que é referência de um deles já havia me contado que por algum tempo a equipe entendeu que ela também precisava ser acompanhada pelo CAPS, pois os profissionais que atendiam a família avaliaram que apresentava alguns sintomas que lhe causavam intenso sofrimento e muitas dificuldades para cuidar dos filhos e das tarefas domésticas. Mulher preta retinta, trabalhou em “casa de família” desde sua juventude, relata uma história de exploração e múltiplas violências pelos empregadores, o que também se relaciona com a história colonial do nosso país. Ela dizia que sua ex-empregadora havia feito de tudo para lhe prejudicar, e que ainda hoje, depois de muitos anos sem contato após o abandono do emprego, a perseguia com a intenção de fazer algo contra ela e os filhos.

No dia em que nos encontramos no grupo de família¹⁹, ela parecia completamente imersa nessas histórias, e na semana seguinte estava visivelmente angustiada, o que transparecia não só em suas feições, mas também na forma desorganizada como circulava pelo CAPS, fazendo com que a equipe tentasse se aproximar de novo do lugar de cuidado

¹⁹ Essa cena será retomada no próximo capítulo.

com ela. Ao observar esses movimentos no campo, me parece ao mesmo tempo que se reconhece a mãe como alguém que também demanda cuidado, essas investidas parecem soar como um imperativo de “você precisa ficar bem para dar conta de cuidar dos seus filhos”, pela forma como ela recusa as aproximações e manifestações de preocupação mais diretas de alguns profissionais da equipe.

Mas no momento dessa interação que comecei a relatar, estávamos sentadas em um dos bancos no pátio junto a uma AT que falava sobre suas questões com a maternidade, como lidava com a preocupação quando os filhos adoecem e a necessidade de se retirar em alguns momentos para que eles possam desenvolver sua autonomia. A técnica, uma mulher parda, talvez um pouco mais nova que essa senhora, parecia compartilhar suas angústias com certo grau de cumplicidade, sem se preocupar tanto em preservar alguma distância da familiar, utilizava termos corriqueiros para contar os episódios que vinha vivenciando em sua vida pessoal como mãe. A cuidadora fazia perguntas sobre seus filhos, ou sobre como se sentia em determinadas situações, como se buscasse ali uma comparação entre elas. Em meio ao tom informal da conversa, essa senhora consegue nos dizer que está tomando um medicamento fitoterápico “para ficar mais calma”, um recurso que ela buscou por conta própria, lembrando da indicação feita por algum médico que conheceu durante o tratamento dos “meninos”. Conta que depois que começou a tomá-lo tem conseguido dormir melhor, mas não entra muito em detalhes do que poderia estar atrapalhando o seu sono.

Nessa cena é possível observar que há uma troca espontânea de experiências e angústias entre duas mulheres às voltas com o cuidado dos filhos e de si, estabelecida ali de forma mais horizontal do que a relação entre familiar e profissional de saúde geralmente se dá, mas não sem aparecer uma certa tensão entre o discurso da técnica e o ideal de exercício da maternidade, que parece atravessar a vivência de ambas, na medida em que vão buscando se adequar, cada uma a seu modo e com suas condições. No entanto, em alguma medida, a ideia de se “retirar do cuidado do outro” não parece ser uma possibilidade para essa senhora, cujos filhos apresentam algumas dificuldades no exercício de sua autonomia, do mesmo modo que esse “cuidado de si” como sujeito autônomo também parece algo distante, e um tanto invasivo quando parte do outro.

Neste debate sobre as diferentes noções de cuidado e autonomia que surgem nas interações entre técnicos e cuidadoras, é importante trazer a reflexão de Mahmood (2019) acerca dos limites da compreensão de agência humana tributárias de teorias feministas ocidentais ao analisar contextos não liberais. Para a autora, associar o conceito de agência a formas subversivas de agir político significa incorrer em um binarismo que é pouco produtivo

para pensar em afetos e motivações que fogem a esses termos. Desse modo, sugere que “[...] pensemos na agência não como um sinónimo de resistência em relações de dominação, mas sim como uma capacidade para a ação criada e propiciada por relações concretas de subordinação historicamente configuradas” (p. 139). De outro modo, a autora aponta que é preciso considerar que a capacidade de agência não se encontra fora das estruturas de subordinação, mas é modulada por elas.

Essa proposição nos ajuda a pensar que no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é preciso analisar atentamente as múltiplas camadas que envolvem relações de poder e resistência diante de discursos e práticas manicomiais, uma vez que uma das questões centrais para este trabalho reside justamente na contradição entre as pautas progressistas da Reforma e os processos de captura e aprisionamento das cuidadoras nessa função. Nesse sentido, o movimento das cuidadoras na direção de retorno a práticas manicomiais pode ser compreendido não em termos de subordinação ou resistência, mas como ponto de tensão importante que aparece na relação com agentes do Estado e que aponta para a complexidade da trama envolve esses atores no cotidiano da assistência em saúde mental. E, além disso, o que por vezes se projeta em torno do ideal de autonomia e liberdade propagados pelos discursos feministas não se apresenta como viável na vivência das cuidadoras, indicando que a noção de agência precisa ser considerada dentro de suas condições de possibilidade.

Esta postulação da agência feminina como sendo consubstancial à resistência às relações de dominação, e a concomitante naturalização da liberdade como um ideal social é, do meu ponto de vista, um produto do carácter dual do feminismo como um projeto simultaneamente analítico e politicamente prescritivo (Mahmood, 2019, p. 144).

Nesse sentido, o que pretendo esboçar aqui e seguirá ainda como reflexão ao longo do trabalho, é que nessas interações entre as cuidadoras e os profissionais do serviço, bem como nos relatos dessas cuidadoras sobre suas vivências cotidianas no compartilhamento do cuidado desses usuários, vão aparecendo não só relações de cumplicidade, confiança e parceria, mas também os desencontros, as frustrações e ressentimentos com isso que é do real da sobrecarga de sustentar esse ideal nas “costas”. Me parece que algo desse desconforto com a posição que assumem na Reforma parece não ter lugar nessa configuração atual das redes de cuidado e suporte, que recriam nas formas contemporâneas de maternalismo padrões culturalmente conservadores nas relações de proteção primária, como pontua Passos (2011). É preciso seguir pensando aqui de que forma discursos e práticas favoráveis à Reforma muitas vezes podem acionar mecanismos de prescrição, cobranças e normatizações, na medida em

que “as normas não são apenas consolidadas e/ou subvertidas, mas também performadas, habitadas e experienciadas de várias maneiras.”, como aponta Mahmood (2019).

2.2.5 A construção e fortalecimento de Redes de Apoio para as cuidadoras no território: o CAPS na cogestão do cuidado

Mattar e Diniz (2012), ao debaterem sobre a noção de hierarquias reprodutivas, defendem que a maternidade (e aqui estendo para outras relações de cuidado, mesmo aquelas que não envolvem laços familiares) deve ser voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa, incluindo o seu exercício na pauta dos direitos humanos. A maternidade compulsória, que contribui para atrelar à figura feminina às obrigações sociais pelo cuidado de modo geral, por muito tempo alienou mulheres de seus corpos, sendo controlados pelo Estado, exercendo quase que exclusivamente a responsabilidade pelo cuidado dos filhos e restringindo-as ao espaço privado, limitando as possibilidades de existência e acentuando desigualdades de gênero. Pode-se dizer que na ausência de suporte social, entre outras consequências, exerce-se contra a mulher uma violência de ordem patrimonial que a impede de suprir suas necessidades básicas e as de seus filhos, que podem causar impacto importante na saúde mental dessas cuidadoras.

Na perspectiva do exercício da maternidade socialmente apoiada, observo que apesar das cobranças que aparecem nas disputas entre as concepções de cuidado dos técnicos e familiares, é possível observar que o CAPS, em alguma medida, pode também funcionar como um lugar de acolhimento e suporte às cuidadoras. Em minha inserção no campo, percebo que essa função se presentifica no incentivo ao autocuidado, no acesso à saúde e direitos sociais básicos e no fortalecimento das redes de apoio que possam sustentar movimentos de vida, que serão relatados com mais profundidade no próximo capítulo, ao falar sobre os grupos de apoio aos familiares. Mas para citar alguns exemplos, aparecem no movimento da equipe para articular um atendimento na unidade básica de saúde, na mediação de relações familiares conflituosas, no incentivo para retomar os estudos, fazer um curso ou empreender, prezar por seus momentos de descanso e lazer, entre outros. Nem sempre esse apoio comparece em um lugar de escuta ou assistência em saúde mental para o familiar, mas em outras formas de apoio para que esses cuidadores tenham condições mínimas para sustentar o cuidado.

Nesse ponto convém retomar a reflexão de Fernandes (2018), que nos convoca a pensar como mulheres lutam cotidianamente para superar as imposições culturais em relação ao seu lugar social nos arranjos de cuidado. Desse modo, afirma que esse movimento se trata “[...] de tentar garantir uma autonomia não individualista, em coexistência com a interdependência necessária para se manter no mundo, dando conta dos outros e de si” (p. 315). Portanto, pode-se dizer que uma forma de apoiar as mulheres cuidadoras é incentivar o desenvolvimento de outros aspectos da vida para além dos encargos compulsórios da maternidade, entendida como presença ostensiva e disponibilidade infinita para o outro.

Vemos a partir desta trajetória, a maneira pela qual os usos diferenciados do tempo produzem possibilidades e impossibilidades de existir e ser no mundo, de criar “territórios de existência”. Por este termo, podemos entender um conjunto de forças moduladoras da qualidade de vida, que permitem possibilidades de criação, mobilidade, bem como a gestão dos conflitos, dos prazeres e a conquista de oportunidades para conduzir a vida da melhor forma possível. A partir de então, podemos nos perguntar: quais sujeitos devem produzir esforços para romper as barreiras culturais que pesam sobre eles? (Fernandes, 2018, p. 313).

Certo tempo depois, reencontro no CAPS a mãe que havia discutido com o filho no espaço da convivência, na cena relatada anteriormente. Nessa ocasião, ela me conta que seu filho havia machucado o pé e estava com dificuldades para andar. Relata exaustivamente todos os passos de sua saga, os inúmeros atendimentos na UPA e na clínica da família, os exames que ele precisou fazer, os remédios que tomou, os cuidados que foram prescritos pelos profissionais para serem realizados em casa a fim de acelerar a recuperação (repouso, compressas de gelo e evitar usar o pé como apoio); as inúmeras mudanças na rotina e nos planos para acomodar essa nova condição, o filho que deixou de sair de casa e começava a se sentir sozinho, demandando mais atenção; as tarefas domésticas que se acumulavam sem o apoio dele, porque precisava fazer repouso; ela precisou adiar a visita que faria à sua mãe porque o filho precisa de ajuda em casa, além de adiar (mais uma vez) a tentativa em realizar um implante dentário e outras questões relativas ao autocuidado.

Seu discurso sempre muito acelerado, tanto que parecia não conseguir ouvir, pois já cortava com outro assunto qualquer menção que eu fazia para falar. Traz alguns relatos sobre aspectos mais gerais da vida de seus outros filhos, dos netos e do marido. Em certo momento, quando retomava a queixa sobre o adiamento dos planos em função da lesão do filho, consigo esboçar algo como: “cuidado para não postergar demais!”, entendendo que mesmo na atual conjuntura ainda poderia se ausentar por algumas horas. Ela parece nem absorver a minha fala, dizendo que ele já está melhor e que em breve já retomaria sua rotina. Mas em seguida, menciona algumas vezes que gostava muito de ter um espaço de escuta no CAPS, pois se

sentia “ouvida”, ainda que reconheça que tem muita dificuldade para se cuidar, o que fica evidente pelo afastamento do grupo de família do CAPS, pela dificuldade em buscar apoio em saúde mental na clínica da família, além dos outros movimentos de cuidado para si que vem adiando. De qualquer modo, um dado que parece ficar desse diálogo é que, ainda que com muita resistência, algo parece ser ouvido por ela, mesmo que nessa virtualidade dos planos, algo que fica como uma necessidade de cuidado, que quando é possível para ela, consegue compartilhar com a equipe naquele espaço.

Ouvir essa mãe dizendo de como é difícil conciliar o cuidado de si com o exercício da maternidade remete ao percurso de Pierobon (2018), ao acompanhar o cotidiano de cuidados de Leonor com sua mãe idosa em uma ocupação urbana. A evolução do quadro de saúde de Dona Geraldina e seus impactos no dia a dia de ambas, em conjunto com as condições socioeconômicas da família, a sobrecarga de Leonor em função da ausência de outros familiares e da presença violenta de seu filho e os efeitos disso no seu corpo compõem o cenário no qual é possível perceber o esforço da cuidadora em minimizar o sofrimento da mãe, ainda que isso custe sua própria saúde. Enquanto Leonor se esforçava para garantir o melhor para sua mãe, ela abandona o mercado de trabalho, deixa de lado sua vida social, passa a comer as sobras do cardápio que escolhia cuidadosamente para dona Geraldina, dispensa o tratamento do glaucoma (ainda que houvesse o risco de ficar cega), da diabetes e do câncer de pele, desiste da cirurgia para o prolapso genital, entre outras renúncias, conscientes ou inconscientes, tais como as da cuidadora do relato anterior. O que a autora busca ressaltar é que essas escolhas são profundamente marcadas por questões de gênero, que definem responsabilidades e moralidades sobre o trabalho do cuidado, bem como a condição de pobreza e precariedade em que vivem. Portanto, as escolhas que marcam os corpos e subjetividades dessas cuidadoras são ancoradas em uma ética do cuidado e refletem o cotidiano atravessado pela exceção ordinária.

É importante reforçar que além da posição de subordinação e vulnerabilidade associadas ao lugar das mulheres nas políticas da reprodução, como um trabalho não remunerado para a manutenção da força produtiva, busco aqui um diálogo com alguns autores buscam pautar o gênero também em suas possibilidades de agência. Para isso, aciono novamente a proposição de Mahmood (2019), a partir da separação entre a noção de agência e resistência, que nos permite pensar nos processos de tomada de decisão dessas cuidadoras no contexto da RPB para além do par binário subordinação e subversão, demonstrando a complexidade em situar seus discursos e práticas dentro de suas possibilidades de agência em relação às normatizações e prescrições do serviço.

2.3 Reflexões sobre o cuidado em saúde mental e sua relação com a gestão generificada do sofrimento psicossocial

A questão central para este trabalho está na apreensão das tensões e contradições que permeiam o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, daquilo que pode ser compreendido na fronteira entre um movimento que reivindica o direito à cidadania, liberdade e o cuidado enquanto possibilidade de inclusão social, e as forças contrárias à sua expansão, que reforçam os sentidos de tutela e abandono ao produzirem o sucateamento sistematizado dos serviços e a precarização do trabalho do cuidado. Desse modo, entende-se que as análises aqui devem considerar a complexidade e a multiplicidade das formas de exercício do poder para se pensar em dinâmicas de produção de agência e subordinação que envolvem as relações de cuidado no âmbito da Atenção Psicossocial, tendo em vista a forma como os diferentes atores vão sendo mobilizados para a composição desses arranjos.

Ao longo da inserção no campo, que se situa em um serviço que compõe uma das redes de saúde do SUS, é possível perceber que o gênero é um fator importante para as análises, mas que é preciso ser considerado em conjunto com outros marcadores sociais como raça, classe e território, que conformam o cotidiano dessas mulheres e produzem efeitos materiais, subjetivos e sociais. O Estado tem o papel de gerir esse cuidado na rede pública do lugar de um saber técnico composto por categorias bastante feminizadas, mas que além dos contornos institucionais é executado pelas mulheres cuidadoras da rede de apoio socioafetiva dos usuários. Esse cuidado cotidiano, que garante a manutenção da vida e até mesmo de acesso ao cuidado em saúde mental, como a alimentação, os cuidados com a casa, higiene e autocuidado, a administração dos remédios e dos atendimentos na unidade de saúde, toda essa dimensão invisível do trabalho do cuidado é executada por essas mulheres que comparecem em peso ao CAPS, seja na correria para buscar a medicação, seja no acompanhamento das crises. É possível perceber, desse modo, que entre as múltiplas faces do cuidado, Estado e família vão sendo acionados em diferentes tempos e intensidades, e com mandatos distintos.

Ao longo do capítulo, busquei trazer algumas cenas vivenciadas em campo que evidenciam as múltiplas dimensões do cuidado no contexto da Atenção Psicossocial na perspectiva dos “nativos”, tentando explorar aproximações e diferenças às categorias analíticas em torno do cuidado no campo socioantropológico. Algumas cenas trouxeram à tona as diferenças na distribuição do cuidado na rede socioafetiva dos usuários, mas também entre a equipe do CAPS, remetendo ao debate sobre o cuidado como trabalho não remunerado

e majoritariamente executado por mulheres, além das discussões sobre o trabalho feminino; ao falar sobre a convocação de mulheres à centralidade desse cuidado, muitas vezes de forma solitária, dialogo com algumas categorias de análise que buscam compreender como as cuidadoras assumem essa função e os impactos da sobrecarga nas condições socioeconômicas e subjetivas que atravessam suas trajetórias; ao relatar as cobranças e prescrições que aparecem no cotidiano desse cuidado compartilhado entre familiares e profissionais, trago a discussão sobre a maternidade socialmente apoiada e a dimensão normativa do cuidado. No entanto, alguns aspectos dessa disputa entre diferentes concepções e mandatos do cuidar entre os atores com os quais dialogo evidenciam não só as contradições do próprio processo da Reforma (como por exemplo, as demandas por estruturas manicomial como cuidado), como também sua produção enquanto política pública e tecnologia de gênero, que tomam forma nas situações mais ordinárias, como no chamado para o cuidado como mediação e supervisão, comumente associado às figuras femininas e o cuidado como contenção (por vezes física) como atributos masculinos. Nesse último ponto é que gostaria de me deter nesse tópico.

Inspirada na proposição de Lima (2002), o par analítico *gestar* e *gerir* é útil para pensar como as atuações estatais relacionadas ao cuidado e proteção constituem formas de governo que podem ser exercidas a partir de gramáticas generificadas. O termo “gestar”, como o polo feminino desse binômio, remete aos atributos maternos de cuidado e reprodução; e “gerir” enquanto capacidade de gestão e controle dos corpos, imaginados como atributo paterno. Essa formulação nos ajuda a visualizar como esses dois polos se apresentam nas formas de gestar e gerir o cuidado na rede de Atenção Psicossocial, na medida em que acionam de forma diferenciada certos atores, performances e categorias profissionais, enredados em disputas políticas, simbólicas e discursivas, produzindo mutuamente gênero e Estado. É importante observar aqui o poder não se exerce de forma unívoca, e, portanto, o Estado não constitui uma unidade ou totalidade, mas é composto por inúmeros expedientes que ilustram as dimensões de poder e privilégio constitutivas do gênero. Me parece, a partir das observações em campo, que a parte mais extensiva do cuidado que remete às ações cotidianas para manutenção da vida e do bem-estar são endereçados às mulheres enquanto performances de cuidado masculinas são demandadas em situações mais críticas, que envolvem algum grau de controle e risco.

Esse aspecto fica bastante evidente no trabalho Lugones (2017) sobre a gestão estatal de questões relacionadas à infância e adolescência na cidade de Córdoba, na Argentina. Sua análise implica em não circunscrever as atuações judiciais aos parâmetros prescritos legalmente, mas de olhar para a relação entre o exercício de poder das “pequenas juízas” –

funcionárias da administração do tribunal – com as formas socialmente reconhecidas como próprias da autoridade materna, evidenciando como a administração estatal encarna modos generificados de gestão nas ações de proteção de menores. Observa que suas práticas de aconselhamento eram eficazes não só pela autoridade concedida a essas administradoras pelo tempo de experiência nos expedientes do juizado, mas principalmente pelo caráter voluntário, despretensioso, bem-intencionado e pedagógico com que supostamente defendem o bem-estar das crianças e adolescentes, próprios do que se concebe historicamente como atuação maternal, e por isso difíceis de contestar. Essa gestão maternal investigada por Lugones expõe a forma como o gênero se apresenta como efeito de relações de poder e modos de governo, ao mesmo tempo que reproduz modos de subjetivação e assujeitamento.

Nesse ponto, portanto, é importante reforçar que a discussão proposta aqui é a de trazer uma leitura crítica em relação ao conceito de cuidado, entendendo-o como prática socialmente situada, envolvida em múltiplas relações de poder que moldam os “arranjos” observados nesse cotidiano. Pensando na familiarização e generificação do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico com os desdobramentos da RPB, é necessário ter em vista como práticas de cuidado, especialmente quando encarnadas por agentes e agências estatais, podem ser também compreendidas como “formas de exercício de poder culturalmente imaginadas como femininas [...], como aquelas centradas em certas concepções de cuidado ou que se inserem no “governo doce da tutela” (Vianna, 2014a)” (Vianna; Lowenkron, 2017, p. 18). Essa gestão feminina do cuidado como um atributo necessário à sustentação da política pública de saúde mental, fomentada por tecnologias de gênero como as que constituem o dispositivo materno mencionado por Zanella (2018), produzem as noções de atribuição de responsabilidade que conformam o cotidiano dessas cuidadoras e suas trajetórias de vida a partir dessa função.

Matéria viva dos processos estatais e estatizantes, a ideia de Estado, longe de elemento imaterial, deve ser pensada em sua carnatura, seus qualificativos morais, sua capacidade de moldar, limitar e produzir desejos e horizontes de possibilidade. Nesse sentido, precisa ser percebida como dotada e atravessada por atributos, representações e práticas de gênero. Ao invés de definirmos a priori um gênero fixo que caracterizaria o Estado, portanto, consideramos que ambos, gênero e Estado, se fazem em ato, devendo ser entendidos e apreendidos a partir de (e como) seus efeitos performativos, performances e materialidades contextualmente situados. (Vianna; Lowenkron, 2017, p. 19)

Desse modo, os achados do campo apontam para arranjos que envolvem dinâmicas de tensão e conflito, mas também de potência e confluência entre as cuidadoras e profissionais, entre a normativa e as relações de cuidado no território. Dizem de condições vulnerabilizadas nas quais essas famílias sobrevivem, em um cotidiano marcado pela exceção ordinária, como

afirma Pierobon (2018). Inspirada pelo percurso etnográfico da autora na experiência com Leonor e sua mãe, que se debruça sobre a relação entre o trabalho do cuidado e o tempo, a intenção aqui é de olhar para os inúmeros gestos, expedientes, discursos, ações, articulações e prescrições que constituem as práticas de cuidado que compõem o cotidiano de um serviço como o CAPS. Esse cotidiano que aparece na organização do espaço, nas relações entre os diversos atores, na forma como os familiares e cuidadores frequentam e o que demandam da unidade de saúde, bem como a resposta dos profissionais a essas demandas, que no tempo e na duração dos encontros vão dizer dos efeitos desse cotidiano nas condições de possibilidade em que se dão essas relações. Inspirada pelo trabalho de Daas (2020), essa experiência nos ajuda a compreender como é cuidar de um familiar que demanda cuidados em saúde mental na rede pública de saúde em sua dimensão ordinária, para além do evento de ruptura com o paradigma de assistência anterior.

Isso implica em olhar para o modo como as diversas noções e saberes que disputam terreno no campo da Atenção Psicossocial, no que diz respeito às bases teórico-conceituais que apoiam a implementação de políticas públicas nesse setor, na intersecção entre a gestão estatal do cuidado em saúde mental e as relações sociais, produzem condições muito distintas de acesso aos recursos necessários a esse cuidado, dinâmicas de responsabilização e compartilhamento de encargos, arranjos de tempo e de organização da vida material que modulam os aspectos mais básicos da vida de cuidadores e usuários no cotidiano da Reforma. Para além de determinar as atribuições relativas à vida social, o Estado tem o controle dos recursos materiais e simbólicos que apoiam a forma como esses atores organizam seu cotidiano, influenciando inclusive na constituição subjetiva e sua relação com o gênero, na medida em que conduzem os sujeitos a desejar o desejo do Estado, seja no âmbito da representação ou da resistência (Vianna, Lowenkron, 2017). Desse modo, as posições ora vulnerabilizadas e resignadas, ora ativas em processos de afirmação e contestação, ocupadas por esses atores observados em tempos e arranjos distintos, devem ser apreendidos na dimensão da multiplicidade de formas de exercício de poder que compõem as relações de cuidado nesse contexto.

3 GRUPOS E DISPOSITIVOS ASSOCIATIVOS DE FAMILIARES: PRÁTICAS DE COMPARTILHAMENTO DE CUIDADOS, AJUDA MÚTUA E AÇÃO POLÍTICA

Neste capítulo, pretendo trazer os relatos das vivências em campo em outros espaços coletivos do CAPS, a saber, na assembleia de usuários, familiares e profissionais e nos grupos destinados ao acolhimento de familiares e cuidadores. Como já mencionado anteriormente, a escolha por esses espaços compreende a aposta em capturar a circulação e inserção dos familiares pelo serviço, não apenas como acompanhantes dos usuários, mas em sua participação ativa nos arranjos de cuidado singulares e coletivos, entendendo seu papel na articulação de demandas de interesse geral, mas também como sujeitos com os quais a equipe do CAPS divide a responsabilidade pelo cuidado, e, portanto, dialoga, constrói e acolhe, quando necessário. Entendemos que esses atores têm papel fundamental para a consolidação da RPB, na sustentação diária do cuidado em âmbito comunitário. Nesse sentido, a exposição aqui busca transmitir, a partir da inserção da pesquisadora nas atividades citadas, a forma como se organizam, os sentidos para os familiares e para o serviço, as dinâmicas de participação e adesão desse grupo, as possibilidades de conciliação dessas atividades com suas rotinas e a importância desses espaços de acolhida e construção coletiva na composição os arranjos de cuidado entre familiares e profissionais.

Como apontado por Vianna *et al* (2009) em sua experiência na implementação de um grupo com familiares em um CAPS II, é inegável o papel dos profissionais dos serviços substitutivos na apresentação dos familiares à proposta de cuidado do modelo de atenção tributário da RPB, apontando possibilidades e caminhos para o compartilhamento de responsabilidades entre esses atores. Em outras palavras, “a responsabilidade do cuidado, compartilhada entre profissionais, usuários e familiares, resulta em assistência mais humanizada para os pacientes e em convivência menos sofrida dentro de casa” (Vianna *et al*, 2009, p. 613). O objetivo comum deve ser, segundo a autora, a construção conjunta de projetos terapêuticos que façam sentido dentro da rotina desses usuários e familiares, mas que possam ir além da contenção e estabilização dos sintomas, constituindo projetos de vida. Desse modo, a proposta de espaços nesses serviços que possam funcionar como dispositivos de participação ativa e de encontro são compreendidas aqui como estratégias de cuidado aos familiares, contribuindo para a redução da ansiedade e do ônus do cuidado diário, facilitando a expressão e elaboração das experiências, a criação de recursos para lidar com os desafios

dessa tarefa e a ampliação de suas redes de apoio e possibilidades para lidar com a singularidade do familiar em sofrimento psicossocial.

No entanto, uma das questões que norteiam esse trabalho diz respeito à distribuição dos cuidados entre profissionais e familiares ou cuidadores, tendo especial atenção aos marcadores sociais que permeiam as diferenças na participação desses atores nos expedientes e práticas no cotidiano com os usuários em sofrimento. Nesse sentido, meu olhar para essas atividades busca apreender como essas questões aparecem também em espaços de articulação coletiva, evidenciando a complexidade das relações entre os sujeitos que se ocupam desse cuidado, bem como o processo de Reforma em curso, enquanto movimento político e sanitário. Nessa sessão, por se tratar de grupos pequenos e com participantes fixos, entendo que será necessário tratar desses marcadores de forma agregada, sem descrever características individuais dos interlocutores, de modo a preservar o sigilo da identidade dos participantes dos encontros em que estive presente.

3.1 **Associações de Familiares e a RPB**

Nesse ponto, considero importante contextualizar a articulação de familiares enquanto segmento dentro do escopo de atores que atuaram no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para isso, é preciso ressaltar que no período que antecede a Reforma a assistência aos sujeitos em sofrimento era centrada nos grandes hospitais psiquiátricos, sendo a reclusão de longa permanência o principal recurso utilizado nos casos mais graves. Nesse modelo, a participação das famílias nos cuidados dos pacientes institucionalizados era bastante restrita, ou mesmo não incentivada, uma vez que o sujeito passava a viver sob a tutela da instituição, e não mais com a família. Na lógica da Atenção Psicossocial, entende-se que a família, como principal núcleo da rede socioafetiva dos usuários, deve participar dos arranjos de cuidado, assim como o cuidado com a família é incluído no escopo de ações das equipes de saúde mental (Carvalho, 2020).

Souza (2001) aponta que ao longo desse processo, usuários e familiares se aglutinaram em coletivos e associações, especialmente a partir da década de 80, com o objetivo de garantir maior visibilidade a suas pautas, tanto em posições favoráveis às mudanças em curso, como no sentido contrário. Ainda segundo o autor, tais associações podem ser consideradas dispositivos fundamentais para o movimento pela desinstitucionalização da assistência, uma

vez que contribuíram para a articulação coletiva desse segmento, com forte influência nos processos de tomada de decisão e criação de políticas públicas que instituíram a mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde mental no país, como também no discurso social sobre a loucura e o estigma que atravessa a experiência de pessoas institucionalizadas ou marcadas por um diagnóstico psiquiátrico.

Para Vianna e Barros (2004), as associações de familiares vão sendo criadas como estratégia para assistir as famílias dos usuários dos serviços de saúde mental, que muitas vezes se veem desamparados e sem suporte adequado para lidar com a sobrecarga do cuidado diário ao sujeito em sofrimento. Nessa perspectiva, o movimento de associações surge também para preencher uma falta que existe na assistência às famílias, revelando com isso a necessidade de um trabalho intersetorial que possa garantir melhores condições para a efetiva reabilitação psicossocial dos usuários e a cogestão do cuidado entre a família e o Estado. As autoras apontam que muitos esforços se voltaram à implementação dos serviços substitutivos e para a assistência ao usuário, mas pouco se avançou no debate sobre a estigmatização da loucura e as novas práticas de cuidado em saúde mental, de modo a implicar todo o campo social nessa tarefa.

Em levantamento realizado por Vasconcelos (2008b), o autor aponta a influência da fundação do MNLA e da II Conferência Nacional de Saúde Mental para a mobilização de dispositivos associativos de usuários, familiares e trabalhadores pelo país no campo da saúde mental. Entre as associações voluntárias de usuários e familiares e “amigos”, o autor destaca a Sosintra, no Rio de Janeiro, como uma das pioneiras na militância a favor da Reforma Psiquiátrica e na defesa dos direitos de portadores de transtorno mental; e a Associação de Familiares de Doentes de Saúde Mental (AFDM), fundada inicialmente no Rio de Janeiro em 1990, e se difunde posteriormente por outros estados, assumindo uma postura contrária ao projeto da Reforma, tendo importante atuação na tramitação do projeto de Lei Paulo Delgado, como discutido no primeiro capítulo deste trabalho.

No entanto, Vasconcelos (2008b) refere que a maior parte dos dispositivos encontrados são ligados a serviços ou a trabalhadores (no caso de municípios que não possuem um serviço especializado) vinculados ao campo da saúde mental. Nesses casos, o autor aponta como grande desafio a organização mais autônoma de usuários e familiares, que pela gestão do cotidiano envolvendo o cuidado dos usuários, as pactuações de seus projetos terapêuticos, em alguns casos o comprometimento causado pela própria condição (principalmente nos momentos de agudização do quadro), os arranjos familiares que acompanham essa rotina impedem ou dificultam de alguma forma a associação entre pares de

forma mais orgânica. A questão que se coloca aqui é o risco da centralização em lideranças individuais, geralmente profissionais, e o consequente distanciamento das bases do movimento que se observa ao longo do processo de Reforma.

A década de 2000 foi marcada por importantes avanços na implementação do projeto de Reforma Psiquiátrica em direção à lógica da Atenção Psicossocial, mas também é preciso destacar alguns movimentos de retrocesso (Mexko e Benelli, 2022). É importante reconhecer que, apesar de cortes importantes no orçamento do SUS, observou-se um aumento exponencial no número de CAPS implementados em todo o país. No entanto, esse aumento não significou, na maioria dos municípios, uma efetiva mudança de paradigma, uma vez que os dispositivos territoriais funcionavam articulados aos hospitais psiquiátricos (ainda que o número de leitos tenha sido reduzido no período). Os autores ressaltam também um momento de silenciamento do movimento social diante de uma gestão mais progressista a nível federal, além da precarização dos vínculos de trabalho e sucateamento dos serviços com a gestão terceirizada de organizações sociais.

Desse modo, o cenário que encontramos atualmente, como será descrito nos próximos tópicos, revela um importante declínio na mobilização política desse segmento em espaços coletivos de articulação. Algumas questões apontadas aqui sinalizam os obstáculos para a organização e manutenção dessas associações ao longo do tempo e a nível macro, mas esse recorte ainda carece de maiores investigações (Tanzi e Yasui, 2022). No entanto, o que considero relevante ressaltar nesse ponto é a necessidade de refletir sobre as condições sócio-históricas que levaram ao declínio das mobilizações coletivas no contexto neoliberal, em que o projeto da RPB se perpetua em meio a uma política de conciliação de classes, mas sobretudo, quem são os familiares que aparecem no cotidiano sustentando os ideais da Reforma, quais suas condições políticas, materiais e subjetivas para a organização coletiva de suas pautas.

3.2 A participação na assembleia de usuários, familiares e trabalhadores

A assembleia de usuários, trabalhadores e familiares é um espaço historicamente importante quando pensamos no contexto da RPB, tomando a sua dimensão de construção coletiva desde a base. Como um dispositivo clínico-político, a manutenção das assembleias nos serviços diz não só de algo que se mantém da trajetória como movimento social, de sua

função primária de garantia de acesso e cidadania aos usuários da RAPS, mas da necessidade de construir e fortalecer os mecanismos de controle social previstos nas diretrizes do SUS. Considerando a conjuntura de desmobilização social e enfraquecimento de movimentos sociais, além do retraimento dos espaços coletivos com a pandemia de COVID-19, encontrar a assembleia funcionando com a adesão e investimento de todos os atores envolvidos foi uma surpresa bastante positiva. Em minha passagem como residente, logo no início do período de isolamento social, esse espaço não era possível de ser sustentado por conta dos riscos sanitários daquele momento.

Nos encontros em que pude participar, observei que a representação da equipe girava a cada semana, o que permitia que boa parte dos profissionais do serviço pudesse se ocupar em algum momento da condução da assembleia. Os encontros aconteciam no mesmo dia da supervisão clínico-institucional, que era o dia com maior presença da equipe, e consequentemente, de maior demanda de usuários e familiares. Entendo que havia uma organização instituída para que o espaço funcionasse e fosse divulgado para aqueles que frequentavam o CAPS. Percebi que algumas demandas que surgiam em atendimentos ou outros espaços eram incentivadas pela equipe a serem mais amplamente discutidas na assembleia, na tentativa de coletivizar o que dizia respeito ao todo.

No entanto, esse direcionamento não funcionava sem furos, de forma que alguns temas eram diretamente levados à gestão, talvez numa dificuldade em apostar no compartilhamento; algumas questões mais particulares por vezes surgiam na assembleia, o que dizia do entendimento desse espaço como um lugar de reivindicação ou tentativa de coletivizar algumas demandas que não conseguiam encontrar resolução por outros meios. Nesse sentido, garantir que os participantes pudessem ter condição de fala e sustentar que aquele era um espaço para tratar de questões coletivas ou de construção de pautas comuns era uma tarefa árdua e que parecia funcionar bem com o revezamento entre os profissionais da equipe.

No entanto, os outros segmentos não pareciam tão investidos nesse espaço, o que ficava bastante evidente no quórum mais reduzido, na convocação que os técnicos tentavam fazer para garantir o funcionamento, na dispersão dos participantes após algum tempo de reunião. Uma técnica faz uma provocação em um dos encontros, ao perguntar à assembleia se entendiam aquele espaço ali como um lugar de discussão e deliberação, ou seja, como espaço de controle social. Não houve resposta. Me parece então que há um esforço dos técnicos em garantir a abertura e o sentido de uma assembleia, para que não se torne meramente um espaço de informes, mas a base desse coletivo parece pouco empoderada desse lugar. Em outra ocasião, se discutia sobre estratégias de cuidado e preservação de um aparelho de

televisão que havia sido instalado no CAPS após solicitação dos usuários, instalação que acontece antes da Copa do Mundo de futebol, para que possam assistir aos jogos. Um dos usuários sugere colocar uma grade de proteção, o que é rebatido por um dos técnicos, que argumenta que esse tipo de conduta remetia à organização de um hospício e que apostava que ali no CAPS poderiam ser feitos outros tipos de acordo. No fim, o que fica decidido é que a televisão precisa ser preservada, entendendo que dificilmente o aparelho seria repostado caso fosse danificado.

No entanto, a assembleia parecia funcionar bem para a organização de eventos, como pude observar com a confraternização de fim de ano do CAPS e a participação dos usuários e familiares em um bloco de carnaval. Ali foi acordada a divisão de tarefas e responsabilidades, tanto sobre os detalhes da festa, como a comida, bebida, decoração, música, data e horário e como seria feita a divulgação; como para o deslocamento do grupo até o local do bloco, a confecção de fantasias e como seria organizado o expediente durante o feriado do carnaval. Esse é um movimento importante se pensarmos o cuidado em uma perspectiva ampliada, entendendo que as celebrações também fazem parte da vida e que esse também é um momento de cuidar, não só dos usuários, mas de seus cuidadores. Como espaço privilegiado para estimular trocas e habilidades sociais, a construção coletiva de momentos de descanso e lazer pela articulação na assembleia pode ser tomada como um movimento de produção de autonomia e cuidado.

Algumas falas que surgiam dos usuários diziam das questões inerentes ao próprio quadro psíquico, como a dificuldade em delimitar o espaço individual do que é compartilhado com o outro, muitas vezes pelo humor expansivo e pensamento acelerado. A mediação necessária a qualquer assembleia ali naquele caso expunha também algumas tensões que surgiam do não atendimento de certas demandas, de disputas entre esses atores, dos não-ditos que surgem na vida cotidiana com as convocações e responsabilidades compartilhadas ou não, dúvidas, angústias e coisas a serem alinhadas e realinhadas nessa construção diária entre muitas mãos. Alguns familiares buscavam esse espaço para compartilhar algo da situação dos usuários que acompanhavam demandar assistência da equipe para questões específicas, ou mesmo interrogar alguns fluxos ou cobrar providências para problemas que o serviço estava atravessando, como a falta de medicamentos, questões de infraestrutura e recursos humanos.

Em um dos encontros que pude participar, houve um movimento interessante por parte de um familiar. Por conta de uma reforma emergencial, o espaço da sala de oficinas estava sendo utilizado para os leitos de acolhimento noturno. A mãe de um dos usuários diz que estava sentindo falta de uma oficina que costumava acontecer lá. Conta que a oficina fazia

bem a ele, que conseguia desenhar e aquilo o ajudava a se expressar, que já levaram algumas ideias para fazer em casa em família, como forma de seguir com a proposta de cuidado. Fala da importância dessas atividades para o tratamento, além das intervenções clínicas mais comuns (os atendimentos individuais e a abordagem medicamentosa). Questiona também a interrupção de uma outra oficina que acontecia em uma praça, nas proximidades do CAPS, que trabalhava com atividades físicas e jogos. Um dos técnicos explica que a oficina estava suspensa por conta do calor e da instabilidade do tempo (estávamos no alto verão, que na cidade do Rio de Janeiro costuma ser também um período chuvoso), uma vez que acontece em um lugar aberto. A familiar pergunta se não seria possível fazer outro tipo de atividade, algo que pudesse movimentar o corpo. Uma técnica sugere utilizar uma praça próxima ao CAPS (que implicaria em um deslocamento menor), com alguns aparelhos de ginástica que ficam sob a sombra de árvores. O técnico que conduzia a oficina pergunta então ao coletivo se desejam retomar a oficina com essa proposta, ou se conhecem alguma outra quadra que poderiam utilizar para o futebol. A sugestão dela convoca o coletivo a pensar, e outro técnico compartilha a ideia de fazer uma espécie grupo de convivência, em que pudessem debater sobre alguns temas que fossem de interesse comum.

Nesse sentido, ainda que seja um espaço permeado por contradições, que se sustenta pela direção de trabalho do serviço e pela convocação dos atores pelo corpo técnico mais do que pela demanda do próprio coletivo, é possível dizer que produz um lugar de fala para esses sujeitos e efeitos de construção coletiva e controle social, que de alguma forma caminham para o sentido de sua proposta. O estímulo à participação política e à construção democrática podem ser incluídos na agenda da inclusão social e do resgate à cidadania, tanto para os usuários, como para os familiares. A sustentação de um espaço coletivo de discussão não se dá sem algumas tensões entre esses atores, até mesmo em relação ao que deve ou não ser pautado ali. Mas considero que a regularidade do espaço em um CAPS diz da direção política de construção de sentidos coletivos no cotidiano da Reforma.

3.3 Grupo de família

O “Grupo de família” caracteriza-se como um espaço de acolhimento aos familiares, conduzido a cada quinzena por duas técnicas do serviço. Experiências de dispositivos com proposta semelhante podem ser encontrados em outros CAPS, como relatado na literatura

(Vianna, 2009; Santos, 2019; Carvalho, 2020), ainda que com diferenças no formato, metodologia e formas de organização. Desse modo, é importante ressaltar a importância desses grupos como suporte e espaço de construção coletiva com as famílias como parte da trajetória da RPB como movimento social, como descrito por uma das técnicas em um dos nossos encontros. Não se trata, portanto, de uma atividade exclusiva desse CAPS, mas procurarei descrevê-la aqui enquanto um dispositivo específico que opera na produção de um espaço de trocas, aproximação, escuta, compartilhamento de informações e experiências, orientação, mas também onde aparecem as tensões na relação entre familiares e profissionais (ou com o serviço), e por onde circulam outros afetos, como a desconfiança, ressentimentos e cobranças.

Como aparece no trabalho de Vianna *et al* (2009), a inserção das famílias nos serviços substitutivos como parceiros no cuidado dos usuários, de modo a se sentirem acolhidos em seus desafios cotidianos e diversas formas de expressão do sofrimento e da sobrecarga com o cuidado, é um aspecto fundamental para a implementação concreta das propostas e diretrizes da RPB. Nesse sentido, a oferta de um grupo com os familiares no contexto da Atenção Psicossocial geralmente está relacionada com a promoção de autonomia das pessoas envolvidas no cuidado dos usuários em âmbito doméstico, não apenas na dimensão prescritiva, de orientação a partir do conhecimento técnico dos profissionais, mas como um dispositivo de escuta, de expressão subjetiva e possibilidade de elaboração coletiva de afetos, angústias, dúvidas e experiências. Pode-se dizer, na experiência descrita pela autora, que o grupo operava como “Lugar de luta, de encontro, de subjetividade e coletividade. Lugar de compartilhar ideias, sentimentos, emoções e fracassos. Lugar de conflitos, disputas e contradições. Dentro deles, a vida se torna menos árdua para quem convive com a loucura” (Vianna *et al*, 2009, p. 612). Para isso, a ideia era que o grupo funcionasse de forma autônoma, que os familiares pudessem ocupar o centro da intervenção e conformá-la de acordo com suas necessidades, sem um modelo prévio organizado pela equipe. A autora resalta ainda que, tal como as associações de familiares, o grupo proporcionava o encontro entre os pares, de modo que os participantes pudessem partilhar suas experiências com outros familiares com trajetórias semelhantes.

No grupo que tive a oportunidade de participar durante o trabalho de campo a proposta era bastante parecida. A atividade era facilitada por duas técnicas do CAPS, uma assistente social e uma agente territorial. As duas são mulheres negras e mães, com um percurso importante na Atenção Psicossocial. Considero importante fazer essa marcação, uma vez que esses lugares têm efeitos para a grupalidade, acionando um movimento de dupla identificação

entre técnicas e participantes, em sua maioria também mulheres negras e mães. Esses efeitos aparecem em diversos momentos ao longo dos encontros, tanto nas falas como nas demandas direcionadas ao coletivo, e nos sentidos que vão sendo produzidos nesses encontros, como veremos mais adiante.

O grupo já acontece há pelo menos uns quatro anos nesse CAPS. Inicialmente, era realizado no mesmo horário de outra atividade coletiva idealizada para usuários do espectro autista, de modo que contava com a participação em massa das mães dos participantes desse outro grupo. Por conta disso, segundo o relato da agente territorial, muitas pessoas que circulavam pelo serviço se referiam ao espaço destinado aos familiares como “grupo de mães”, incluindo alguns técnicos. Ela me contava sobre esse fato marcando que houve um investimento importante, tanto com o coletivo que começava a se aproximar, como com a equipe, para repensar a proposta e construir a possibilidade de ser ocupado por outros familiares, convocando inclusive figuras masculinas para seus encontros. No entanto, o grupo parece seguir com esse mesmo perfil de adesão, considerando que as mães eram as familiares que participavam em maior número da atividade.

Quando atuava no CAPS como residente em saúde mental, pude participar do grupo apoiando a agente territorial na retomada da atividade durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19, dentro das possibilidades que a condição sanitária desse momento permitia. Em um primeiro momento, fizemos uma tentativa de realizá-la de forma remota através de chamadas de vídeo, mas não foi possível continuar em função da dificuldade de algumas famílias em utilizar os dados móveis do celular para essa finalidade, ou mesmo acessar essa tecnologia por outras condições além da questão material. Passamos então a realizar encontros presenciais com um número reduzido de participantes, em espaço aberto, com o uso de máscaras e distanciamento social. A aposta da retomada do grupo em condições tão adversas se sustentava pela demanda dos próprios participantes, que começavam a sentir os efeitos do longo período de isolamento social e da restrição de atividades no CAPS.

No entanto, normalmente não há limites para a entrada de novos participantes no grupo, sendo um espaço aberto e divulgado amplamente no serviço. Os familiares vão sendo convidados também pelos técnicos de referência dos usuários, que identificam a indicação para a participação no acompanhamento da família. Além dos cartazes espalhados pela convivência, o convite para a participação no grupo é constantemente reforçado na assembleia do CAPS. A atividade costuma acontecer em um pátio interno, que é um espaço aberto, mas um pouco mais reservado, o que garante alguma privacidade para o compartilhamento de

questões particulares. Quando as condições climáticas não permitem a realização do grupo ao ar livre, ele pode acontecer na sala de oficinas.

Como mencionado anteriormente, a inclusão do grupo no desenho da pesquisa de campo foi proposta à gestão do serviço, e em seguida pactuada com as profissionais que conduzem a atividade e com seus participantes a cada encontro. Pude conversar com as duas técnicas e apresentar o projeto de pesquisa, a metodologia e as justificativas para considerar a inclusão o grupo nesse desenho, uma vez que já havia participado em outro momento. A proposta foi imediatamente recebida pelas profissionais, que se colocaram disponíveis para me receber no grupo enquanto pesquisadora, contextualizando o momento atual da atividade e pensando cuidadosamente comigo como seria essa inserção. Algumas das participantes já conhecia do período da residência, então pude contextualizar esse retorno ao CAPS de modo mais informal, ali mesmo no reencontro com elas na convivência, pactuando a presença nas reuniões pelo período estipulado para a pesquisa de campo. Mas ao longo desse tempo, fui me apresentando também aos familiares que chegavam pela primeira vez, tendo no geral uma boa recepção.

No primeiro encontro em que estive presente, o grupo contava com três participantes, por acaso todas eram mães de usuários do CAPS e mulheres. As faixas etárias variavam um pouco, uma delas era mais jovem e as outras duas mais idosas. A técnica que estava conduzindo naquele dia estava retornando de licença maternidade e conversava com as participantes sobre sua filha pequena e como estava gerindo esse cuidado para retornar ao trabalho. Ela então abre o espaço para que possam contar como estão e como tem funcionado o espaço (a outra técnica que conduziu sozinha nesse período não estava). As participantes relataram que a atividade vinha acontecendo quinzenalmente, no formato de uma roda de conversa, em que elas traziam os temas que gostariam de debater em função de suas demandas.

Quando se começa a levantar as pautas para aquele encontro, uma delas pede para tomar a palavra e conta que teve o diagnóstico recente de câncer de pele. Traz a notícia com certo pesar, dividindo a preocupação com o seguimento do tratamento na rede pública. As outras participantes demonstraram solidariedade por sua condição e reforçaram a importância de buscar em sua rede de apoio espaços como aquele para compartilhar suas angústias nesse processo. Outra participante conta que também enfrentou um câncer no passado, e então a técnica a estimula a relatar como atravessou esse período difícil. No entanto, a familiar acaba por deixar a questão do tratamento de lado, resolve se aprofundar na relação problemática com sua ex-empregadora, e o grupo acaba dispersando. Nesse momento, a técnica precisa

mediar para que a palavra circule, tentando chamar a atenção para a fé e a religiosidade, que apareceram no relato anterior, como um ponto de apoio para lidar com situações desafiadoras. Percebendo que o assunto já havia se esgotado, reforça que o espaço do grupo e o serviço estarão disponíveis para apoio e acolhimento que fosse necessário para ela nesse momento.

Antes de encerrar o grupo, a técnica coloca a possibilidade de fazer uma atividade fora da unidade, um passeio, como forma de finalizar o trabalho do grupo naquele ano e fortalecer os laços entre os participantes. Diante do retorno positivo das mulheres presentes, se prontifica a fazer a busca ativa²⁰ de outros familiares que costumavam participar do grupo para convidá-los para o último encontro, no qual organizariam a confraternização de fim de ano. A sós, a técnica me conta antes de se afastar para licença maternidade o grupo estava mais cheio, que percebe que é importante de fazer um investimento nesse momento na divulgação do espaço aos que ainda não conhecem e de reforçar o convite aos que já participavam. Pensa em uma tentativa de aproximação com as famílias para entender esse recuo do grupo, convidá-los para estarem mais próximos. Pelo seu relato, a atividade parece funcionar com um grupo fixo de participantes, em sua maioria mulheres e mães, que comparecem com certa regularidade, para quem o grupo já tem um lugar e um sentido em sua rotina de cuidado.

No encontro seguinte, o grupo contou apenas com duas participantes, que também estavam presentes no último encontro. Retomamos a ideia do passeio para o encerramento das atividades desse ano. No entanto, a técnica que estava à frente do grupo expõe seu estranhamento com a falta de adesão dos familiares, lembrando os tempos pré-pandêmicos, em que os encontros tinham uma média de 15 participantes. As duas mães que estavam ali atribuem à falta de interesse de outros familiares em estar no CAPS e participar de uma atividade que seria voltada “para eles”. Pergunto sobre a divulgação entre a equipe, se os profissionais encaminham os familiares ao grupo, se os familiares também convocam outros para participarem. A técnica diz que a equipe está ciente do funcionamento da atividade, que fala com frequência nas supervisões, e retoma a ideia da busca ativa dessas pessoas que costumavam frequentar o grupo. Nesse balanço de encerramento do ano, entendem que não tem sentido seguir com a proposta do passeio pela fragilidade do coletivo, que talvez precisem reunir forças para repensá-lo no próximo. Por fim, a técnica convida as participantes para uma entrevista sobre o grupo de família com uma equipe da Fiocruz, que realiza o registro documental de experiências potentes no SUS. Ela fala do investimento da equipe em divulgar

²⁰ Termo utilizado em situações em que a equipe precisa tentar ter notícias do usuário no território quando se ausenta do serviço.

o trabalho que estava sendo construído ali com elas, como uma oportunidade para dar voz ao que consideram como importante na relação delas com o serviço. A leitura que faço desse esvaziamento nesse momento é semelhante à da adesão à assembleia, no sentido da falta de mobilização como coletivo, com pouco investimento nos espaços de articulação. Algo que pode ter sido também prejudicado pelo isolamento social da pandemia.

No dia programado para a filmagem, encontro as técnicas que conduzem o grupo reunidas com a equipe da Fiocruz no pátio interno do CAPS. Havia cinco participantes, algumas eu já conhecia, outras vieram a partir do convite das técnicas. As profissionais haviam feito uma busca ativa com os familiares que participavam com alguma frequência do grupo, em uma tentativa de investir novamente nesse espaço e ressignificá-lo junto aos familiares, pelo resgate das memórias e sentidos que essa filmagem poderia suscitar. É importante aqui reforçar que, segundo o relato das técnicas e das próprias participantes, o perfil dos participantes do grupo é bem parecido ao apresentado no capítulo anterior, a partir da observação pela convivência: composto majoritariamente por mulheres mães de usuários, negras, e que não exercem uma atividade remunerada, sendo responsáveis pelo trabalho doméstico e pelo cuidado desse usuário que acompanham.

Para iniciar a atividade, as profissionais propuseram uma roda de apresentação entre os presentes. A equipe da Fiocruz apresenta o trabalho que realizam na montagem de um portfólio de ações em saúde no SUS, que funciona como uma ferramenta para compartilhamento e troca de saberes e práticas construídas no cotidiano dos serviços de saúde. Reforçam que essas experiências são construções coletivas, entre usuários e profissionais, que não refletem apenas o saber técnico destes, mas que mostram a potência do trabalho compartilhado e do controle social que compõem as diretrizes do SUS. Uma das participantes conta que participou da formulação da atividade junto às técnicas, trazendo a experiência que tinha com os grupos de família da instituição onde seu filho era acompanhado antes do CAPS, em que essa dimensão coletiva era bastante presente. Nesse momento consigo apresentar novamente o tema da pesquisa, conjugada com a perspectiva de resgate da importância desse segmento para o processo de Reforma no Brasil, marcando o interesse específico nas diferenças na distribuição de responsabilidades sobre o cuidado extramuros em função dos diferentes marcadores sociais. A proposta parece ser bem recebida pelo coletivo, algumas participantes sinalizam que se trata de um tema importante e que gostariam de ouvir mais sobre isso, pedindo para que eu intervenha mais no próximo grupo. Digo que a metodologia é mais de observação, mas que posso compartilhar mais do que venho pensando.

Quando questionadas sobre a função desse espaço para cada uma, trazem algumas expressões como “ajuda”, “apoio”, “escuta”, “desabafo”. Perceber que não estão sozinhas naquela situação, que outros familiares também vivem coisas semelhantes, aprender com o que o outro está trazendo, dar apoio aos que estão passando por momentos mais difíceis são outros sentidos que aparecem nas falas. Surge também a importância de receber orientações sobre o manejo com o seu familiar com transtorno mental, não apenas entre o grupo, mas também na relação com as técnicas. Uma delas conta que no grupo ela se sente mais fortalecida, consegue se distrair, conversar, ter um momento de lazer.

Jimeno (2010) propõe o conceito de comunidade emocional como dispositivo que opera pela identificação e reconhecimento a partir de uma linguagem política. O discurso emocional pode ser um vetor para formas específicas de relacionalidade e de juízos morais, revelam traços da intelegibilidade e formas de expressão dos sentimentos e emoções em dada organização social. “as emoções são culturais e históricas” (Jimeno, 2010, p. 113). De certa forma, o grupo opera enquanto dispositivo que permite expressar as angústias dos familiares pela identificação com o lugar de cuidador, que autoriza o compartilhamento de narrativas endereçadas a um outro que se supõe semelhante, por onde é mais possível dividir os afetos relacionados a essa experiência.

Finalizada a apresentação, a ideia seria iniciar o encontro do grupo como costuma ser realizado, no formato de uma roda de conversa, onde a palavra vai circulando de acordo com as demandas e temas trazidos pelos participantes, com a mediação das duas técnicas mais no sentido de facilitar o espaço, organizar uma estrutura mínima para o encontro, ou quando surge alguma tensão no debate. Apesar de algumas falas das participantes sugerirem que se trata de um grupo de orientação, as profissionais assumem esse papel quando é solicitado pelo grupo, em algum tema específico sobre o qual desejam uma orientação do ponto de vista mais técnico. Portanto, a equipe faria o registro da reunião, e em seguida, cada uma das participantes concederia uma breve entrevista.

Uma das participantes toma então a palavra, perguntando ao grupo sobre as festas de fim de ano (nessa altura, estávamos na segunda semana de janeiro). A maioria delas fala sem muita animação, como se não se tratasse de uma festa, mas de um período corriqueiro de muito trabalho e cansaço com as demandas ordinárias da casa e da família. O desânimo geral é interrompido pelo relato da mulher que comemorava ter conseguido estar com o filho em casa, uma vez que no ano anterior estava em acolhimento noturno nesse período. Ela conta que sentiu uma imensa alegria, ainda que não tenham feito “nada demais” em casa por conta das limitações financeiras, pois o filho conseguiu se recuperar de uma crise muito prolongada.

Se emociona ao dizer que achava que tinha perdido seu filho, que ele não voltaria a ser “como antes”. O filho é um rapaz jovem, que até então parecia ter a rotina comum de um adolescente, criado sozinho por ela que foi mãe ainda na adolescência. Segue muito emocionada ao contar ao grupo da angústia de não entender o que estava acontecendo com ele, não saber em quem poderia confiar naquele momento e de não ter esperança na sua recuperação. Conta que tirou o filho à revelia do acolhimento noturno no ano anterior para passar o Natal com ela, mas quando chegou em casa percebeu que tinha cometido um erro, que o filho ainda não estava bem para ir para casa. Repetiu algumas vezes que estava a ponto de ficar “louca”. Uma das técnicas lembra como ela levou um tempo para confiar no trabalho da equipe, para deixar a equipe cuidar junto com ela, para se abrir mais, até mesmo para participar do grupo, com o qual tinha muita resistência. Recebe as felicitações das outras participantes, algumas sinalizam que acompanharam bem de perto o processo de recuperação de seu filho. A familiar diz que apesar do apoio que recebeu, ainda sente muita dificuldade em aceitar o diagnóstico do filho, que se sente injustiçada, como se tivesse feito algo para receber esse fardo.

Outra participante, que assim como essa mãe, também parecia mais jovem que as outras mulheres que participavam nesse dia, trouxe o desejo de fazer terapia, de poder ter um espaço para falar sem que ninguém a interrompesse, de realmente ser ouvida. Essa mesma familiar trouxe o incômodo de sentir que tem vivido a vida de seu irmão, que está sempre em função dele e o quanto isso é sufocante. Ao mesmo tempo, compartilhou com o grupo que gosta de pesquisar e estudar sobre a condição com a qual ele convive, que isso de alguma maneira a ajuda a dar lugar às experiências vividas com ele. Assim, vai elaborando a difícil tarefa de se desvencilhar desse lugar de cuidadora em alguns momentos para se voltar para si, porque a preocupação com o irmão ocupa a maior parte de seu tempo. Outra familiar disse que não gostaria de fazer terapia com um profissional que não falasse nada, que precisava ter uma palavra, um retorno. Para ela não bastaria ser ouvida, precisa ter a sensação de que pode dividir um pouco de sua angústia com alguém que vai lhe dizer o que fazer. Uma terceira diz que precisa falar o que está sentindo para não “engolir” os problemas, e segurando a barriga, sinaliza que aquilo que não consegue falar vai se acumulando no seu corpo.

As participantes verbalizam em diversos momentos das dificuldades em conciliar o exercício do cuidado com os familiares e suas próprias necessidades, ainda que mais básicas. “Ele tem que tomar o remédio para eu dormir”, diz uma delas, se referindo à resistência do filho em aderir ao tratamento. Ao longo desse encontro, surgiram algumas falas que sugerem o conflito entre o ideal de uma maternidade intensiva e o desejo de ter algum tempo para si.

Por exemplo, uma delas compartilha que o filho não tem autonomia para andar na rua sozinho, e por isso precisa acompanhá-lo nos atendimentos. No entanto, ela traz que essa dependência não seria apenas por conta de seu adoecimento, mas que antes disso construíram uma relação em que ela estava muito presente em todos os aspectos de sua vida. Uma das técnicas, que retornou da licença maternidade, pontua que agora, “no lugar de mãe”, consegue perceber que é preciso dar espaço para que os filhos desenvolvam sua própria autonomia, pois se ocuparmos intensamente o lugar de cuidar de tudo não permitimos que aprendam a se cuidar. Então a outra profissional faz uma provocação, ao perguntar se seria possível para elas pensarem no exercício da maternidade de outra maneira, se desvencilhar da culpa que aparece implícita nesse discurso tutelar. As mães que não são assim tão protetoras seriam “menos” mães por isso? Ou por tentarem se atentar para suas próprias demandas em certos momentos?

Esse ponto parece ser bem delicado nessa construção com as mulheres que conseguem ainda chegar no grupo. Quando uma das técnicas coloca para o grupo o esvaziamento que vinha ocorrendo antes da pausa em dezembro, é possível perceber a fragilidade dessas articulações e a dificuldade em sustentar o autocuidado quando se tem que dar conta quase que sozinha de tudo, como se a participação aqui fosse um respiro que por vezes não é possível diante das outras demandas. Como muitas outras coisas, o grupo vai ficando em segundo plano. Uma delas diz que não sabia que o grupo estava acontecendo, apesar da divulgação, o que me faz pensar também em como conseguem chegar, talvez com pouco ânimo para investir em alguma coisa, ou sem disposição para essas trocas. Nesse sentido, a equipe atua aqui como suporte também para que o grupo continue acontecendo, emprestando um pouco de seu próprio desejo.

Diante dos silêncios e gestos evasivos das participantes aos perguntá-las sobre as expectativas em relação ao grupo para esse ano, as profissionais retomam a ideia de fazer saídas, de levá-lo para fora do CAPS. Uma das participantes sugere uma viagem para uma cidade no interior do estado com alguns atrativos turísticos, que fica relativamente próxima à capital, de modo que seria possível fazer um “bate e volta”. Todas parecem muito animadas, pensam em como poderiam chegar e o que poderiam visitar na cidade. Logo surge a questão sobre os familiares, se iriam com elas ou não, e com isso os afetos mobilizados em torno dessa separação, com falas como “não tenho com quem deixar ele” ou “e se ele quiser ir também?”. Uma das técnicas lembra da temática do “janeiro branco”, mês em que há um incentivo a campanhas de promoção de saúde e bem-estar, e que aquele passeio poderia ser incluído nesse calendário, como um cuidado com a saúde mental delas. Fica acordado que

nesse dia o restante da equipe do CAPS ficaria responsável por estar com os familiares dessas participantes na convivência para que elas pudessem fazer o passeio.

Nesse encontro fica bastante evidente como é tênue a linha sustentar a importância de um espaço em que se possa acolher o familiar, que possa trazer suas questões com a função de cuidador, mas que o ajude principalmente a tomar uma certa distância para se perceber. No entanto, é perceptível a dificuldade em realizar esse exercício, uma vez que o mandato desse cuidado, muitas vezes solitário, demanda essa dedicação infinita, de forma que se passa a viver a vida do outro, como uma delas bem sinaliza. Como aparece também na experiência de Vianna *et al* (2009), “Reiteradamente, marcávamos aquele como um espaço da família. Em vão. Surgiu a doença, o sintoma, o medicamento. As famílias haviam incorporado a doença na própria vida. Para muitos, vida e doença eram indissociáveis” (p. 611).

Um exemplo disso aparece na entrevista individual de uma das participantes, que inicia sua fala apresentando o diagnóstico do filho: “CID 20.1: esquizofrenia”. A escolha por partir desse ponto e a pausa que segue após o anúncio parecem dizer da marca que fica para ela como mãe, como se o diagnóstico pudesse situar algo dela também na função de cuidadora. Fala do grupo como um espaço muito importante para ela, de modo bem enfático, como se fosse o único momento em sua vida que consegue fazer algo por si. Conta que chega lá se sentindo cansada e desanimada e consegue sair revigorada pelas trocas, que se sente acolhida, assessorada, orientada, que o grupo lhe ajuda a aceitar melhor, a ser uma mãe melhor. Sente que não está sozinha, que outras pessoas também compartilham de suas experiências, que ali “nenhuma mãe está só”. Fala sobre a importância do CAPS como lugar de cuidado, que lá os pacientes se sentem incluídos na sociedade, que estão entre seus semelhantes – o que parece um pouco distante do discurso da Reforma, de tensionar o lugar do louco na sociedade, evidenciando que a lógica tutelar possa coincidir com um trabalho de autonomia e responsabilização.

Outra participante também menciona o lugar do CAPS no processo de recuperação de seu filho em sua primeira crise, e para ela como mãe, se havendo com um sofrimento que ambos não sabiam lidar. “Tive que passar por uma situação para entender”, falando sobre a dificuldade em aceitar o diagnóstico e o tratamento. Conta como era difícil deixar o filho no CAPS quando precisou ficar em acolhimento noturno, pois sempre foram muito grudados, nunca havia ficado fora de casa. Afirma que teve o apoio da equipe e de outros familiares nesse momento mais agudo, e que agora está aprendendo a lidar com essa experiência. Retoma a fala de uma das técnicas, dizendo que no início não entendia como o grupo funcionava e porque as pessoas a incentivavam a participar. Mas depois percebeu que ela

também precisava se fortalecer, e que sozinha estava muito difícil elaborar todas as mudanças que vinham acontecendo na vida de ambos. Ao ouvir uma familiar mais idosa contando sobre sua experiência em um manicômio, em que o filho sofreu inúmeras violências e que tinha muita dificuldade em ter notícias sobre ele, afirma que “não deixaria meu filho num lugar desses!”. Termina dizendo da importância de lutar para preservar e melhorar os CAPS, para que possam ter mais estrutura para cuidar dos usuários e de suas famílias.

A outra participante mais jovem do grupo, que também não conviveu com as longas internações em hospitais psiquiátricos, ressalta o lugar do grupo como ajuda para expandir a mente, a aprender a “desapegar” um pouco, pois sente que sempre quer proteger o irmão e agora percebe como isso a sobrecarrega. Também é um espaço para desabafar, para trocar com outros familiares. “Não sei o CID dele não”, ela diz rindo, marcando de certa forma uma diferença em sua posição em relação a outra participante. Ela foi o único familiar que assumiu a responsabilidade pelo irmão quando seus pais faleceram. Conta que a partir daí sua vida estagnou, não conseguiu seguir com seus projetos de vida pela intensa dependência da relação, uma vez que ele não pode se cuidar sozinho e precisa de constante supervisão. O sentido de passar a viver a vida do irmão é trazido por ela de forma visceral, sem escolha, sem divisão. Parece ser um lugar de intenso sofrimento para ela, que não vê muitas possibilidades de mudança, a não ser que consiga ressignificar esse lugar para ela, para não adoecer.

De outro modo, alguns familiares parecem não trazer esse sofrimento com a sobrecarga em forma de demanda, mas é algo que aparece na relação de cuidado com a equipe. Uma das participantes, por exemplo, é alguém que também demanda cuidados. Por vezes fica um pouco mais agitada, com um discurso paranoico. Nesse dia estava um pouco aérea, parecia distante, não fala como se sentisse parte do coletivo. Estava ali mais pelo convite e/ou convocação da técnica de referência de seu filho. Quando questionada sobre a importância do grupo, começa a falar sobre sua trajetória de vida com os filhos. “Não conhecia esse tal de surto”, ela diz. Conta de como seu filho foi jurado de morte na comunidade onde moravam e que a equipe a ajudou a encontrar uma casa e a fazer a mudança. Se pergunta muitas vezes o que vai ser de seus filhos se um dia “vier a faltar”, pois tem outra filha que também é acompanhada pelo CAPS. Conta que por vezes o filho fica agressivo com ela, que não se interessa por nada, não tem uma profissão. Depois de uma intervenção da equipe tentando retomar à experiência do grupo, diz que lhe faz bem porque vê que não é só ela que passa por aquilo, tira muita coisa da cabeça. “A gente tem que estar bem para cuidar deles”. Entende que é na “medida que eles podem”, percebendo as limitações da equipe e da estrutura do serviço. “Se eles não podem ajudar, pelo menos não atrapalham”.

Aqui podemos pensar em um diálogo com a experiência relatada por Pierobon (2022), em que é possível acompanhar a forma como o adoecimento e o envelhecimento da mãe era absorvido pelo corpo e mente da cuidadora, em meio à precariedade de serviços de saúde pública e a preocupação constante com o cuidado com o familiar dependente. Em certa medida, as barreiras de acesso ao cuidado técnico que compõem a história de vida dessa família refletem os furos deixados pelas instituições e políticas de saúde, que ao longo do tempo contribuíram para o surgimento de enfermidades por questões evitáveis ou com possibilidade de tratamento pela rede pública. Na mesma medida, o sofrimento psíquico latente nas falas das participantes a partir da preocupação com o próprio adoecimento e esgotamento trazem as marcas inscritas pela sensação de desamparo e a carga de responsabilidade que por vezes carregam sozinhas, em que a ausência de suporte do Estado produz a vulnerabilização de seus corpos e o receio de vir a faltar para aqueles que dependem delas.

No encontro seguinte, aguardava na convivência pelo início da assembleia e algumas participantes do grupo que chegavam ao CAPS vieram em minha direção e começamos uma conversa informal. Acho interessante essa aproximação delas comigo, que diz um pouco do lugar que fui ocupando ali a partir do meu interesse de pesquisa. Nesse momento, que já estávamos em quatro pessoas, o tema da sexualidade aparece a partir do relato de uma delas, que percebia que o filho estava com dificuldades em vivenciar seu desejo sexual e não sabia bem como ajudá-lo. Ela trazia o assunto em tom de confiança, preocupada com o impacto disso em sua saúde. Recorre ao grupo para partilhar sua angústia. “Hoje eu tô precisando desabafar...”, diz. O assunto parece render entre as outras familiares, mas logo começa a assembleia e o grupo dispersa.

Na reunião do grupo, as participantes anunciam que a sexualidade dos usuários seria o tema principal desse encontro. A mãe relata novamente o que vinha observando no comportamento de seu filho, especialmente em relação à frequência da masturbação. Conta que ele nunca esteve em um relacionamento, mas expressa desejo por mulheres. No entanto, tem algo nisso que parece estar implícito na forma como a mãe parece sentir que precisa se ocupar desse assunto porque o filho não consegue ter uma vida sexual ativa. E então a questão retorna para o grupo, como lidar com o desejo sexual de seu familiar? Uma das técnicas argumenta que ter um transtorno mental não os impede de ter desejo sexual e de dar vazão a ele com um companheiro ou companheira. O maior obstáculo aqui é o preconceito e a dificuldade em abordar o tema como parte da vida cotidiana.

A mãe que trouxe o caso conta que já lhe recomendaram que levasse o filho em um “bordel”. Outra mãe discorda, dizendo que se levar uma vez ele vai querer ir sempre e que ela não vai ter condições de bancar isso. Outras perguntas são levantadas pela equipe e direcionadas ao coletivo: quais são os desafios que se colocam para elas ao lidar com sexo e dinheiro? Por que precisa ser a partir do dinheiro? É possível estabelecer acordos para dimensionar os limites e possibilidades de cada um? Outra participante também expõe sua discordância, não acha certo gastar dinheiro com isso tendo outras prioridades. Diz que “cada panela tem sua tampa”, referindo-se aos encontros tradicionais. A mãe do rapaz argumenta que o sexo com uma profissional pode ser mais seguro, uma vez que elas se cuidam, não tem interesse em engravidar. Estaria disposta a levar o filho desde que pudesse ficar num lugar seguro aguardando. As outras familiares seguem rebatendo os argumentos: e se ficar sexualizado com alguém da família?

Uma das técnicas pondera que nesse contexto podemos supor que os usuários são mais dependentes do que realmente são, sinalizando a possibilidade de abertura para o inesperado. Além disso, fala da possibilidade de mediar e fazer acordos para que as coisas não saiam do controle. A mãe do rapaz endossa esse discurso, afirmando que “é um serviço como outro qualquer”, no sentido do estabelecimento de contratos. A participante que mais se colocava resistente relata então um episódio particular, de quando estava entrando na menopausa, em que sentia seu corpo muito sensível aos estímulos sexuais, do quanto isso era incômodo e como foi sofrido para ela até que descobrisse o que estava acontecendo, que foi inclusive abandonada pelo namorado da época. Outras histórias difíceis comparecem em relação aos conflitos com a sexualidade e seus limites, como um caso de violência sexual. Então pudemos falar de como esses medos no manejo da sexualidade dos filhos e irmãos refletem algumas vivências traumáticas das próprias familiares. Ficou acordado que o tema do próximo encontro seria a sexualidade delas, com um lanche para continuar o clima descontraído daquele encontro.

O último encontro que participei do grupo foi novamente mais esvaziado, apenas uma das familiares mais assíduas compareceu à reunião. Imaginamos que tivesse relação com a chuva forte do dia anterior, uma vez que a previsão também era de chuva para aquela tarde. Nesse dia, apenas uma das técnicas conduziria o grupo. Ela então convida uma familiar que estava aguardando o atendimento de seu filho na convivência. Iniciamos com a técnica falando sobre a proposta da atividade e uma rodada de apresentação entre os presentes. Pergunta à nova participante se gostaria de falar um pouco sobre o vem se passando com o filho e ela prontamente responde que sim, que precisava desabafar.

Conta que havia sofrido uma agressão de seu filho naquele dia pela manhã, havia sido empurrada por ele, caiu e desmaiou. Conta que está com questões clínicas importantes, descobriu que é diabética e hipertensa, além de conviver com sintomas de ansiedade, como crises de pânico frequentes e problemas para conciliar o sono. Seu filho sempre se mostrou muito resistente a tomar medicação oral, e acredita que essa não adesão ao tratamento medicamentoso pode ter levado, entre outros fatores, à piora do quadro que se observava. Havia acabado de ter alta de uma internação em um hospital psiquiátrico, mas ainda não estava estável. Essa senhora teve três filhos assassinados pelo tráfico em um intervalo de duas semanas, há pouco mais de sete anos. Conta que depois dessa tragédia sua vida acabou. Seu único filho que ainda está vivo adoeceu por conta da violência que vivenciou com a morte dos irmãos. Ele perdeu a audição por sequelas de meningite ainda na infância. Não aprendeu a se comunicar por libras e não foi alfabetizado em português. Consegue fazer leitura labial e se comunica através de sons e gestos. A questão da comunicação parece ser uma dificuldade para ambos, que torna ainda mais desafiador acessar o que filho sente e entender suas necessidades de cuidado.

Conta que após o falecimento desses filhos, mudou-se para o território onde vive com o filho e os netos. O neto mais velho faleceu recentemente em uma operação policial na comunidade onde morava. Conta que teve de ouvir os policiais comentando no hospital para onde seu neto foi levado, enquanto recebia atendimento por estar muito nervosa, que “polícia entra na favela para matar”, que “ali todo mundo é bandido”. Fala com muita revolta que seu neto não era bandido e que era desrespeitoso que os policiais banalizassem as mortes de pessoas negras faveladas dessa maneira. Pede que seu filho fique em acolhimento noturno para que possa descansar um pouco. Relata muitas dificuldades para conseguir atendimento de forma regular em sua Clínica da Família²¹ de referência, mesmo do acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que são linhas de cuidado prioritárias na Atenção Básica. Mas o que ela se queixa com mais pesar é do cuidado em relação à sua saúde mental, especialmente dos sintomas ansiosos que a deixavam com o sono prejudicado, e que na unidade básica era abordada através da prescrição de medicamentos, sem a possibilidade de uma escuta de seu sofrimento, ou sequer uma reavaliação de seu estado de ânimo²².

²¹ Nomenclatura utilizada no município do Rio de Janeiro para designar as unidades básicas de saúde.

²² Uma prática comum no cotidiano das unidades básicas de saúde é a medicalização do sofrimento por tempo indeterminado, uma vez que após a estabilização do quadro o paciente comparece apenas para renovar a prescrição, sem muitas vezes pensar em uma porta de saída para a abordagem medicamentosa, integrada a outras possibilidades terapêuticas.

Diante desse cenário que envolve o luto de seus familiares, a violência deflagrada que atinge a população negra e pobre que habita as periferias como o bairro onde ela mora, da precariedade de recursos para lidar com o seu sofrimento e a condição de seu filho, que naquele momento também a agredia, a técnica foi acolhendo essa demanda mais específica por acolhimento noturno, não apenas pelo pedido de um tempo de descanso, mas pela intensidade de cuidado que a gravidade do quadro clínico dele demonstrava. Não posso dizer se essa familiar seguiria participando do grupo nos próximos encontros, mas naquela ocasião o coletivo parece ter tido o efeito de suportar com ela o insuportável dessa sucessão de tragédias que traz em seu relato.

Nesse sentido, a relação de cuidado com seu filho não está dissociada das condições de pobreza, precarização da vida e violência do Estado, que sinalizam a circularidade da produção dos corpos vulnerabilizados entre as mulheres negras e de baixa renda, pensando como essa produção se torna uma herança para as gerações posteriores (Pierobon, 2022). Aqui a noção de sofrimento encruzilhado (Carneiro, 2021) é interessante para acessar uma experiência que não é apenas subjetiva, mas que traz consigo as marcas das diferenças que “fizeram diferença na vida das pessoas” (p. 241), na interseção entre o itinerário de vulnerabilização e o itinerário de encruzilhamento, em que as condições de existência e inserção social, incluindo seus cruzamentos com processos de subalternização e violência, vão modulando as formas de expressão e de busca por cuidado. Carneiro (2021) nos convoca a olhar para esses marcadores do sofrimento que acolhemos nas unidades de saúde, ainda pouco mapeados no campo da Atenção Psicossocial.

É possível observar, ainda que com as limitações colocadas pelo esvaziamento das reuniões (que parece ser tributário da época do ano em que a pesquisa de campo foi realizada), que a atividade conta com a adesão de alguns familiares em busca de um espaço para dividir suas angústias no dia a dia com os usuários, trocar experiências sobre o manejo do cuidado em casa, com outros familiares que não se fazem tão presentes, com a comunidade que nem sempre acolhe aquelas especificidades, compartilhar as queixas em relação à sobrecarga, a culpa pelo adoecimento do familiar, ou o constante receio de fazer algo que possa agravar a situação. A proposta da equipe, levada à cabo por essas duas técnicas, diz da aposta em ofertar um momento de apoio e escuta em coletivo, se atentando para a potência das trocas entre familiares e equipe, no sentido de repensar os lugares de saber técnico e do saber pela experiência.

No entanto, alguns familiares não conseguem acessar o grupo por conta do horário, ou mesmo da sobrecarga, por não ter apoio para levar o usuário no CAPS ou não ter com que

contar para dividir o cuidado enquanto está no grupo ou em outra atividade direcionada ao autocuidado. As trocas entre os participantes também convivem com as dificuldades constituintes desses processos de abertura e compartilhamento, em que as diferenças são por vezes tensionadas e explicitam as distinções entre os lugares sociais de cada um naquela dinâmica, que conseqüentemente dizem das diferentes formas que cada saber vai sendo convocado nesses arranjos. Por vezes esses limites apontam para discursos prescritivos e aspectos normativos desse cuidar de si e do outro²³, que surgem entre familiares e na mediação com as técnicas.

3.4 O grupo de “suporte de pares”

Como já mencionado na introdução, o grupo de suporte de pares faz parte de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o projeto de pesquisa e extensão Transversões da UFRJ, coordenado pelo professor Eduardo Mourão Vasconcelos. Trata-se de um grupo de suporte mútuo, o que significa dizer que seus participantes buscam realizar juntos ações e atividades que possam contribuir para o empoderamento e autonomização de familiares e cuidadores de usuários dos CAPS (Vasconcelos, 2013). Esse projeto foi implementado no município pela Superintendência de Saúde Mental visando operacionalizar esses grupos nos CAPS. Nesse modelo, um familiar ou cuidador habilitado para conduzir a atividade é contratado como técnico para exercer a função de articulador do grupo no serviço. Outros profissionais podem participar como suporte indireto na facilitação das reuniões.

Minha aproximação com essa atividade considerando-a como possível cenário de observação se deu primeiramente com uma conversa com a apoiadora do grupo no CAPS, que se propôs a dividir comigo detalhes de seu funcionamento. Ela é uma técnica de nível superior e seu apoio consiste em articular ações e meios para que o grupo aconteça, como por exemplo, trabalhar em sua divulgação e garantir um espaço físico com estrutura adequada. Relata que já havia tido a experiência de apoiar um grupo como esse em outro serviço, mas de

²³ Ao acionar a noção de “cuidado de si” (Foucault, 2006), busco trazer sua dimensão política, considerando que está associada a uma ética de si como prática de liberdade, como possibilidade de resistência às formas de controle e assujeitamento. No entanto, ela não está dissociada dos mecanismos de controle que regulam as condições para o exercício da liberdade. Essa tese é útil para analisar a ambivalência das noções de cuidado para as cuidadoras, quando apontam para ideais de autonomia e autorregulação que não são compatíveis com as demandas de cuidado trazidas por elas.

suporte mútuo entre usuários, uma experiência potente de autonomia e promoção de cidadania. Conta que coordenador do grupo é pai de uma usuária de outro CAPS, que após o falecimento da esposa precisou se ocupar desse cuidado sozinho, abandonou o emprego e se engajou na militância pela RPB. Tem uma longa trajetória em coletivos e associações de familiares de usuários da RAPS, e mais recentemente na experiência com o suporte entre pares.

Conta que o grupo nesse CAPS começou sem muita adesão, ainda no momento mais restritivo da pandemia de COVID-19. Mas aos poucos, a partir do esforço de ambos na divulgação, o grupo foi ganhando corpo. Em um primeiro momento, ela participava dos encontros, mas percebeu que os participantes já começaram a se articular de forma mais orgânica e que sua presença como profissional poderia inibi-los. Acredita que tenha sido justamente a ausência de um técnico que tornou o grupo mais acessível para esses familiares, pois podem fazer críticas e se expressar mais livremente sobre as insatisfações com o serviço. Considera que por essa característica, o grupo não sobrepõe ou compete com o “grupo de família”, constituem duas possibilidades de acolhimento para os familiares, que podem apresentar necessidades distintas. Para alguns, é importante estar apenas entre seus pares, sem a intervenção de profissionais, enquanto outros demandam o suporte destes para orientações e dúvidas.

Em relação ao grupo que acompanha, observa que os participantes conseguiram criar uma coesão interessante, já se organizam de forma autônoma e as relações extrapolam o espaço do grupo, uma vez que se encontram e se apoiam em outros momentos da vida, como quando algum familiar está em crise, por exemplo. A maioria dos participantes são mães de usuários, ainda que o articulador seja um homem que assume o lugar de principal cuidador de sua filha. Conta que em algum momento o coletivo contava com outro homem na composição, que era o companheiro de uma usuária do CAPS. Acredita que é um espaço importante, não só de apoio a esse segmento, mas de participação social na construção do serviço. Por vezes esses familiares se organizam para levar pautas para a assembleia, para ela ou para a gestão.

Em seu trabalho etnográfico em grupos de ajuda mútua anônimos ligados compulsão sexual e amorosa, Ferreira (2013) percebe que esses coletivos produziam fluxos de sentidos entre os participantes, dos quais emergiam uma sociabilidade particular que se sustentava a partir da circulação de teorias nativas sobre o tema e de um *ethos* confessional que vinha da partilha entre os pares. Nesse processo, a autora infere que os sujeitos buscavam nos grupos maneiras de se pensar numa ética das práticas afetivas/sexuais que pudesse mediar as relações

para além daqueles espaços. Em alguma medida, é possível afirmar que o grupo de “suporte de pares” nesse serviço operava com alguns aparatos semelhantes, especialmente em relação à produção de um coletivo que tinha lugar para além do grupo, que exercia uma função de apoio importante para os cuidadores na sustentação do cotidiano de cuidados com seus familiares a partir do compartilhamento de experiência e construção coletiva de saberes não apenas sobre o manejo com os usuários, mas também dos próprios afetos e sintomas de sofrimento psíquico relacionados ao lugar que ocupam. No entanto, enquanto a autora observa nos grupos pesquisados que suas dinâmicas dispensavam os saberes especializados, nessa experiência o lugar do saber técnico na produção do cuidado é preservado, ainda que as tensões com os profissionais sejam objeto de quase todos os encontros, como veremos mais adiante.

Por fim, a apoiadora pactua comigo que levaria a proposta ao familiar que conduz o grupo assim que ele retornasse de férias, e assim pensaríamos juntos em minha inserção, tendo em vista o cuidado para não interromper a atividade ou causar alguma desconfiança nos familiares. No entanto, pude conhecê-lo antes disso, na festa de fim de ano do CAPS. Estava conversando com uma senhora que conheci na convivência, avó de um usuário do CAPS. Ela havia perguntado se trabalhava ali no CAPS, e quando digo que atuava como psicóloga em uma unidade básica de saúde, ela me pergunta como pode conseguir uma consulta com o neurologista para seu neto. Tento escapar da pergunta, que me convoca a falar de meu trabalho na assistência. Digo apenas que essa indicação precisa ser avaliada junto aos profissionais de sua equipe de referência no território, mas que também poderia conversar sobre a necessidade desse encaminhamento com a referência de seu neto no CAPS. Falo sobre o tema da pesquisa, da metodologia e dos espaços por onde estaria circulando, em uma tentativa de retomar minha inserção ali como pesquisadora. Então ela me leva ao coordenador do grupo, que a apoiadora já havia sinalizado que estaria na festa.

Encontro um senhor idoso, branco, com sua filha, uma mulher também branca que deveria ter entre 30 e 40 anos. Consigo dizer sobre meu tema de pesquisa e do interesse em conhecer o grupo, proposta que parece ser bem recebida por ele, que imediatamente compartilha comigo alguns detalhes de sua trajetória no campo da Atenção Psicossocial e de sua inserção nesse trabalho com o suporte de pares. Conta que seu vínculo como articulador é com outro serviço, onde consegue participar de mais atividades. Ali tem conseguido participar exclusivamente esse grupo, como complemento de sua carga horária. Conta que desde que sua filha apresentou os primeiros sintomas de um transtorno mental, se viu na missão de tentar compreender melhor esse universo. Estudou e ainda estuda bastante sobre o tema

(psicopatologia, loucura, transtorno mental, tópicos citados por ele) e se engajou na militância pela defesa da Reforma do lugar de familiar.

Conta que em sua trajetória como familiar de uma pessoa com transtornos mentais e neurológicos, sempre se interessou em participar de coletivos. Sua primeira experiência com um grupo de apoio aos familiares foi em um hospital psiquiátrico da cidade, quando ainda estava se havendo como único cuidador de sua filha, e se deu conta da importância desses encontros e da troca com seus pares como ponto de apoio para sustentar os encargos que essa tarefa lhe trazia. E em alguma medida, os coletivos ajudaram a se formar como sujeito político, como militante a favor da Reforma Psiquiátrica. A partir dessas experiências é que ele foi se engajando em associações de familiares e começou a participar de espaços de articulação política, como os Conselhos e Conferências de saúde.

É possível estabelecer aqui um diálogo com o trabalho de Aureliano (2014), que investiga como as emoções atravessam o ativismo de portadores de doenças raras e seus familiares no Brasil, buscando analisar quais os sentidos acionados na construção das articulações para a implementação de políticas públicas específicas para essa população. Nesse campo, em que se entrecruzam discursos e interesses científicos, mercadológicos e pessoais, a autora apresenta como o medo, a indignação, resignação e esperança vão compondo os diversos ativismos e mobilizações políticas em torno da garantia de direitos aos que convivem com essas enfermidades. Na história da RPB, é possível traçar um paralelo considerando que a militância nesse campo está diretamente associada à garantia de direitos, melhores condições de assistência e combate ao estigma da loucura, pautas que mobilizam afetivamente usuários e familiares e convocam esses atores a se engajarem em coletivos. A luta pelo direito ao cuidado em liberdade, em condições dignas e comprometidas com a produção de possibilidades de vida tem forte apelo moral, que envolve os sujeitos na produção de outros sentidos para o sofrimento além do enquadre psicopatológico, corroborando para a crítica das relações sociais e desigualdades como produtoras de adoecimento.

Retomando ao encontro com o articulador do grupo, me chama a atenção que em seu discurso utiliza muito o verbo “aprender”. Conta que os grupos e nas vivências com as associações de familiares, mas também com os profissionais, foram fundamentais em sua formação, na tentativa de entender melhor a condição de sua filha e suas possibilidades de estar na vida. Entendi que os estudos também são uma forma de empoderamento, de poder ampliar as condições de diálogo e contratualização com as instituições e profissionais sobre o exercício do cuidado. Em algum momento ele ressalta que uma fala constante nos grupos que

coordena com os familiares é sobre “saber lidar com os profissionais”, como estabelecer as bases para esse diálogo, entender os limites de suas ações. Entende que isso também é parte de seu trabalho, transmitir segurança aos familiares ao compartilhar sua própria experiência.

Quando aponto sobre os atravessamentos dessa temática com a questão do gênero e outros marcadores sociais, tema central em minha pesquisa de campo, percebo que essa discussão não parece ressoar muito para ele. Talvez por ser uma exceção entre os familiares que costumam participar desse tipo de coletivo, um homem sozinho no cuidado de uma usuária de um CAPS. Tampouco observo rejeição a esse objeto, mas de alguma forma me chama a atenção a maneira como passa por ele sem produzir algum retorno. Por fim, pactuamos que eu participaria do primeiro encontro após seu retorno, com o intuito de me apresentar aos familiares e pleitear a possibilidade de participar de algumas reuniões do grupo.

No dia acordado, chego ao CAPS um pouco antes do horário da atividade e fico aguardando na convivência, enquanto conversava com alguns profissionais próximo a entrada do CAPS. Observo a chegada de alguns familiares que vão se reunindo em uma parte da convivência, enquanto aguardam o familiar que conduz o grupo. Algumas delas já eu havia conhecido através dos encontros do grupo de família, que também participam. Então aproveito para me aproximar nessa conversa informal antes da reunião. Com a chegada do articulador, nos encaminhamos a um pátio interno do CAPS, os participantes levam algumas cadeiras do refeitório para iniciar o grupo. Esse encontro contou com a presença de quatro participantes, a maioria mães de usuários do CAPS. Me apresento então para os familiares que ainda não conhecia, falo da proposta de pesquisa e do interesse em participar do grupo, e pergunto se estão de acordo com a minha participação em alguns encontros. Sinto uma boa recepção do coletivo, a partir de falas como “que bom que alguém tem interesse em falar sobre nós”, “pode contar com nosso apoio” ou “você vai poder nos ajudar com o que está estudando”.

O familiar que articula o grupo o apresenta como ponto de apoio para os cuidadores na lida com a angústia e a sobrecarga da tarefa de cuidar de alguém em sofrimento, que muitas vezes não tem condições de cuidar de si. Afirma que os familiares se sentem mais à vontade para compartilhar suas experiências por estarem entre os seus semelhantes. Com o coletivo, vão aprendendo a lidar melhor com os desafios do dia a dia, podem trocar e adquirir conhecimento sobre o manejo das “crises e os transtornos”. Nos encontros vão fortalecendo laços de apoio e ajuda mútua, por vezes para além dos limites do grupo, ampliando sua rede de suporte.

Uma das participantes então relata que seu filho está entrando em crise, “a doutora me atendeu”, dando a entender que também precisou ser acolhida nesse momento de tensão. Recebe suas medicações do técnico da farmácia, ao mesmo tempo em que conta sobre um momento difícil que enfrentou com o filho, em que tinha crises de choro frequentes. “É a minha luzinha vermelha”, dizendo sobre a percepção de seu próprio mal-estar. Aponta para as medicações e afirma “Se tá precisando e tem recurso, vamos aí!”. Outra mãe compartilha que é hipertensa e diabética, que por vezes a pressão e a glicemia ficam descompensados com o estresse cotidiano no cuidado com o filho, um rapaz jovem que gosta de circular pela rua e por vezes se coloca em risco na comunidade. Ainda que tenha condições de executar algumas tarefas domésticas, ela conta que o filho não a ajuda em casa e ainda precisa do seu estímulo para realizar a higiene e outras rotinas de autocuidado. “Não tenho mais paciência”, diz explicando que já considerou prendê-lo em casa para conseguir ficar em paz. “Senão eu não vivo!”. O limite da tolerância fica marcado em seu discurso quando compartilha que o único recurso que considera que ainda pode ter efeito com o filho é o da violência, seja verbal ou mesmo física, uma vez que ele não absorve seus pedidos e tentativas de acordo. De alguma forma, a violência que carrega em sua fala aparece também como forma de lidar com a frustração, quando não coopera com ela ou quando faz alguma coisa que a deixa preocupada.

A questão da violência retorna na fala das outras participantes na direção oposta, quando os pacientes se voltam contra as pessoas mais próximas, geralmente aqueles que se ocupam do seu cuidado. Se questionam como devem lidar com a agressividade que frequentemente aparece nesse contexto. Uma das familiares considera que “às vezes a gente sai como mentirosa”, falando sobre a mudança de comportamento quando o irmão está com ela em casa e quando está no CAPS. Parece que a pressão social ajuda a conter esses impulsos agressivos, e que o vivenciam em casa não aparece na mesma intensidade para os profissionais do serviço. Os participantes compartilham a dificuldade em pedir ajuda em momentos de crise, por não sentirem que suas impressões são validadas. No cotidiano do serviço, considerando minha experiência como profissional, percebia que em alguns casos a demanda era mais da família que do próprio usuário, que não refletia necessariamente seu quadro psíquico no momento. Mas como essa demanda pode ser recebida pelos profissionais e como essa avaliação da equipe técnica pode ser transmitida aos familiares sem que o seu saber seja desconsiderado?

Uma delas fala da dificuldade em conseguir informações sobre o tratamento do irmão mesmo fora da crise, como os efeitos colaterais da medicação, por exemplo. O articulador fala da precariedade dos serviços de saúde e da intensa demanda dos CAPS, talvez potencializada

pelos dois anos de pandemia. Argumenta que os profissionais estão convivendo com isso enquanto trabalhadores, por isso às vezes parecem indisponíveis. Sua fala é marcada por esses pontos de tensão entre o lugar de familiar e de técnico. Uma das mães traz a apreensão dos familiares com a saída de um dos médicos do serviço, ainda sem notícias sobre a possibilidade de reposição. Foram informadas de que haveria atendimento médico caso fosse necessário, mas que os pacientes que eram referenciados ao profissional que saiu ainda não teriam um médico assistente, que aguardariam a chegada de outro profissional. O articulador sugere que o coletivo possa levar a questão para a assembleia do CAPS. Afirma que alguns familiares se queixam do serviço, mas que só aparecem ali em momentos de crise, que não se propõem a construir junto. “Como podem cobrar melhorias se não sabem das reais condições do serviço?”, questiona. Considera que os familiares têm um papel importante em cobrar das autoridades melhorias na qualidade da assistência, uma vez que os profissionais nem sempre vão conseguir se articular politicamente, seja pela sobrecarga de trabalho, ou por receio de sofrer represálias pela relação de trabalho.

O cuidador ressalta que aquele espaço também funciona como lugar de articulação coletiva e empoderamento dos familiares. Nesse sentido, afirma que é preciso acolher para construir junto, não para contestar ou julgar. Considera que a pior coisa para se dizer a um familiar aflito é “Calma!” ou “Tenha paciência!”. “Já temos muita paciência, que quando chega ao CAPS está transbordando”, ele diz. O profissional deve poder amenizar a angústia e a ansiedade do familiar, e que o serviço deve desenvolver “dispositivos” para lidar com o sofrimento da família. Para isso, afirma que é preciso ser solidário e ter empatia pela experiência do familiar, que fica responsável pelo cuidado diário com os usuários. “Se você quiser acolher um familiar e de fato ajudá-lo, precisa saber ouvir”, diz. Uma das participantes se queixa que o CAPS não oferece assistência aos familiares que também demandam cuidados em saúde mental, como um espaço de escuta individualizado. Não fez nenhuma intervenção nesse ponto, mas questiono aqui se esse tipo atendimento, no caso dela especificamente, seria competência do CAPS. Penso que poderia ser articulado em outros dispositivos, como as unidades básicas de saúde, ou quando necessário, na atenção secundária.

Algumas participantes apontam as dificuldades em participar do outro grupo ofertado aos cuidadores (o “grupo de família”), por não suportarem as tensões que aparecem nos encontros entre as diferentes apreensões do cuidado para profissionais e familiares. Outra dificuldade apontada por elas está na afirmação de que aquele é um espaço “para elas” e, portanto, do grupo ser orientado a estimular o olhar para si e alguma possibilidade de se perceber fora do lugar de cuidador. “Como vou falar sobre outra coisa? Minha vida gira em

torno do meu irmão agora!”, diz uma delas. Nesse sentido, parece difícil para algumas acessar outros sentidos no compartilhamento desse cuidado, que em alguns casos parece tomar toda a vida, de modo que esses tensionamentos são experimentados como demanda e não como possibilidade de elaboração. Outra familiar considera importante a coexistência das propostas, que a mediação da equipe faz sentido para ela, justamente para conseguir se desvencilhar um pouco da sobrecarga e da culpa em querer ter um tempo para si. Afirma que se sente “assessorada”, que é bom poder contar com as orientações das técnicas.

De certa forma, aparecem aqui a apreensão dos familiares em relação às diferentes noções de cuidado, que dizem da implicação de cada parte e da natureza dos saberes que aparecem embasando os discursos. O articulador do grupo, que experimenta esse lugar híbrido, em que atua como técnico a partir de sua vivência como familiar, aponta para essa disputa de narrativas entre profissionais e familiares, que em certos momentos pode parecer que uma forma de conhecimento tenta se sobrepor a outra. Nesse sentido, fala tanto da dificuldade de alguns familiares em se dispor a aprender com o profissional sobre o processo de adoecimento de seu familiar, como da resistência destes em validar a experiência dos familiares nos arranjos de cuidado, para além do conhecimento técnico.

No encontro seguinte, uma das mães compartilha os momentos de angústia com o filho que segue em crise. Conta que foi realizado um ajuste na medicação, mas que o filho parece não estar se adaptando bem, teve um mal-estar na noite anterior. Veio buscando uma orientação, pois entende que não se deve alterar a prescrição sem avaliação médica. No entanto, teme que diante desse quadro o filho se recuse a tomar os remédios (o que parece acontecer com frequência), e que tenha uma piora nos sintomas psicóticos. Aponta que a maior parte das intercorrências acontecem à noite, quando é mais difícil conseguir ajuda, mesmo contando com um serviço que funciona 24 horas. “A vida do familiar é um dia de cada vez”, comenta o articulador do grupo. Ressalta que alguns pacientes não são autônomos e dependem do cuidado de outras pessoas, que na maioria das vezes é uma função assumida de forma solitária por um familiar, que nem sempre pode contar com a ajuda de outras pessoas da família ou de sua rede de apoio.

A mãe que trazia o caso do filho endossa a fala do articulador, contando que não tem vida social, que não visita nem seus outros filhos, que não toleram o comportamento do irmão. Relata que ele apresenta certa dificuldade para usar os talheres à mesa, por exemplo. E ela, para evitar olhares discriminatórios, acaba optando por não sair com ele. Conta que os filhos se organizaram para pagar uma viagem para ela, mas parece pouco interessada em ir, que essa possibilidade de passar alguns dias apenas descansando parece muito distante de sua

realidade. Aqui fica evidente a complexidade dessas relações de cuidado, em que ao mesmo tempo que essa mãe se vê muito solitária nas demandas com o filho que é usuário do CAPS, que não pode contar com a ajuda dos outros filhos para apoiá-la nessa tarefa, é confrontada com um “presente” que demonstra alguma preocupação com sua sobrecarga, mas que possivelmente não representa o tipo de suporte que a ajudaria a aliviá-la.

Pinto (2014) trata dessa questão pela perspectiva de uma “ética da dissolução”, considerando que na experiência de mulheres que tiveram suas vidas atravessadas pela Psiquiatria no contexto indiano, a família muitas vezes se transforma em uma entidade desordenadora, na medida em que as dinâmicas de responsabilização, afetos e obrigações vão desestabilizando os vínculos e contribuindo para sua dissolução. Nesse sentido, é preciso olhar para as relações familiares para além de uma ótica agregadora, podendo apreender também a dimensão de seu potencial em produzir rupturas, distanciamentos e a sensação de desamparo.

A relação com o CAPS parece ser uma pauta frequente nas reuniões, evidenciando os desafios da construção de um cuidado compartilhado. Nesse encontro, queixam-se da falta de uma sala para fazer a reunião, que constantemente é interrompida pelos usuários ou pelas condições do tempo (fazia muito calor, era um dia de janeiro). Uma das participantes diz que isso espanta os familiares novos, que são sempre os mesmos que sustentam a atividade. Se coloca como uma defensora do CAPS, mas que também tem suas críticas, que não anulam os pontos positivos do serviço. Os outros participantes vão endossando essa fala, dizendo da angústia em ter que internar um filho em uma enfermaria de hospital psiquiátrico. Alguns dizem da hipermedicalização que observavam nessas internações, outros relatam episódios de maus-tratos e agressões, além da precária assistência aos familiares.

O articulador volta a falar da intensa demanda dos CAPS e dos encaminhamentos para a Atenção Básica, na direção de pensar as possibilidades de porta de saída dos serviços especializados. No entanto, observa que nas unidades básicas o acompanhamento dessas demandas se restringe muitas vezes à abordagem medicamentosa. Considera que o PTS faz diferença no tratamento, para além da medicação, especialmente nos casos “estabilizados”, sem sintomas produtivos, que se beneficiaram de outras atividades e recursos terapêuticos. Com o inchaço na demanda dos CAPS, onde garantir esse cuidado? A atenção básica tem condições de acolher essa demanda? Ressalta que na ausência de um PTS mais amplo podem regredir em relação aos ganhos de autonomia e qualidade de vida. O PTS muitas vezes também ajuda a família a se organizar, porque se o paciente está no CAPS, o familiar pode trabalhar, do contrário teria que ficar em casa.

Trago a questão dos critérios para o recebimento do BPC, em que a renda per capita da família precisa ser muito baixa, não permitindo conciliar o benefício do familiar com outra fonte de renda da família. Isso poderia ampliar a qualidade de vida tanto do usuário quanto da família, possibilitando acionar outros recursos para garantir suas necessidades (incluindo lazer e tempo de descanso). A maior parte das participantes do grupo convivem com essa realidade, em que a renda da família provém ou da aposentadoria de um familiar ou do BPC do usuário, e sequer conseguem fazer alguma renda extra por estarem sozinhas no cuidado. Uma das mães conta antes do adoecimento do filho ela tinha um emprego, mas que sofreu assédio do ex-empregador por conta das faltas e atestados que precisou utilizar para cuidar dele. Hoje tem receio em deixar o filho sozinho, o que também a impede de buscar outro serviço.

Nesse ponto, surge novamente a questão da invisibilização do cuidado como trabalho e da lógica de conciliação que é colocada para as mulheres no exercício de múltiplas jornadas de trabalho (incluindo a necessidade de receber remuneração), especialmente no caso daquelas que sustentam sozinhas a gestão do lar (Hirata e Kergoat, 2007). Nesse sentido, entendo que a política de previdência social acaba por desconsiderar que o sujeito elegível para receber o BPC demanda cuidados que geralmente são prestados em âmbito familiar, e que no contexto da Atenção Psicossocial muitas vezes implica na necessidade de constante supervisão. Em outras palavras, a dedicação ao trabalho do cuidado de um familiar com questões de saúde mental muitas vezes implica em não conseguir trabalhar, ainda que informalmente. No entanto, esse trabalho de cuidado não é contemplado por um programa semelhante de transferência de renda (exceto o bolsa família, mas que no geral chega a um valor bastante inferior ao BPC, por exemplo), o que evidencia a natureza invisível do tempo e da disponibilidade afetiva do cuidador.

Em seguida, uma das participantes traz um contraponto interessante para a discussão. Fala sobre alguns equipamentos de cultura disponíveis no território, como a “Nave do conhecimento” e a Vila olímpica, que oferecem várias atividades de forma gratuita, mas que tem pouquíssima procura dos usuários do CAPS. Mesmo com a oferta de recursos culturais no território, por que as pessoas não acessam? Um dos participantes aponta para a redução do “passe livre” de ônibus, que atrapalha a circulação dos usuários e seus familiares pela cidade, ficando restrita ao lugar de tratamento. Nesse sentido, ressalta a importância de o usuário estar na rua, interagir com outras pessoas, “ver as coisas e aprender”. Falo também da falta de tempo e rede apoio para ajudar o usuário a chegar nesses locais. Muitas vezes os familiares não conseguem conciliar o trabalho com a rotina de lavá-los ao CAPS ou a outras atividades.

Alguns dos participantes comentam que antes seus filhos eram vinculados ao hospital-dia de um hospital psiquiátrico, mas com a regionalização dos serviços de saúde mental foram encaminhados para aquele CAPS. Falam com certo saudosismo da grande oferta de atividades que tinham acesso nesse espaço. Cobram mais incentivo da gestão do CAPS para a promoção de atividades culturais no próprio serviço, mas também fora dele. “Quando estão entre os seus, não há discriminação”, ressalta uma delas. Mas não seria próprio de uma instituição total tentar dar conta de tudo dentro dos contornos institucionais? Fica evidente aqui que os sentidos em relação à proposta da Reforma vão sendo apropriados de formas distintas e produzem alguns dissensos, o que considero também parte desse movimento que ainda está em processo.

Nas semanas seguintes, observo um recuo na adesão ao grupo, ligado a questões individuais desses cuidadores que tivemos notícia depois, como familiares em crise ou com questões clínicas, mas também pela proximidade com o carnaval. O articulador vinha tentando retomar o fôlego do grupo, aproximando os familiares que costumavam participar no ano anterior, mas ele mesmo que dizia que “antes do carnaval é assim mesmo”. Ele vinha ao CAPS mesmo sem quórum para o grupo, para cumprir com sua carga horária. Então ficávamos ali pela convivência, onde me concedia uma “entrevista”²⁴. Ele me pergunta se tem algo mais específico que eu queira saber. Tento retomar à questão central do meu trabalho, apontando para a desigualdade de gênero na relação com o cuidado e a Reforma. Parece bastante sensível ao fato de que a maior parte dos familiares que participam dos seus grupos são mulheres, mães, solitárias no cuidado e dos desdobramentos dessa condição na vida dessas mulheres, mas também dos usuários. No entanto, rapidamente volta a falar dos cuidadores sem fazer a marcação do gênero. Penso que isso diz de sua vivência na militância pelos direitos dos familiares, e mesmo no dia a dia dos serviços, em que esse grupo vai sendo tomado como homogêneo.

Pergunto então sobre como manejar situações difíceis que surgem no grupo sem perder a confiança dos familiares, como momentos de discordância entre os pares ou quando compartilham algo que vai contra os ideais da RPB, por exemplo. Afirma que sua abordagem no grupo tenta acolher os familiares mais para ouvi-los, não tanto para dar orientações ou intervir em alguma fala problemática. Quando isso acontece, por vezes o próprio coletivo intervém e o familiar consegue se dar conta de que tem algo que precisa ser melhor elaborado.

²⁴ O termo entrevista se encontra entre aspas aqui para sinalizar que essa técnica, apesar de não estar incluída no escopo da pesquisa de campo neste trabalho por uma escolha metodológica, parece operar aqui na relação com os interlocutores pelo reconhecimento de um certo modo de fazer pesquisa e do lugar do pesquisador no campo, demandando uma mediação para acessar o campo da enunciação.

Quando essa mediação no grupo não é suficiente ou fica muito difícil, tenta pedir apoio às referências do usuário no CAPS, com o risco de romper o vínculo, mas entendendo que precisa garantir o cuidado.

Diz que quando o familiar está muito estressado, tende a colocar a culpa nos profissionais, a achar que as coisas têm que ser do jeito que eles querem, do jeito que acham que deveria ser, apontando para as limitações no cuidado dos familiares. Para ele, o maior problema é quando os familiares não aceitam o desafio de lidar com as crises, contribuindo para deixar a família ainda mais vulnerável. Conta que sempre discute o “Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas” (Vasconcelos *et al*, 2014) nos grupos que facilita. Considera que é preciso estar disponível e próximo aos profissionais para aprender a manejar as situações com o paciente e ser orientado. Isso ajuda o familiar a aprender a administrar a própria angústia. Se não houver parceria com os profissionais, se não conseguirem conversar com “tranquilidade”, sem acusações e cobranças, o compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado fica prejudicado. Afirma que o paciente sofre menos quando a família aceita sua condição. É fundamental que busquem informações e que tenham interesse em saber mais sobre as questões que acometem seus familiares. Alguns pegam a medicação sem nem saber para que são indicadas. E por vezes medicam os pacientes por conta própria, não seguem as orientações da equipe e o paciente é que sofre.

Mas também fala sobre as tensões com os profissionais de saúde. Considera que o profissional precisa antes de tudo ser solidário à condição do familiar, que muitas vezes não sabe das dificuldades sofridas por eles quando saem do serviço. Por mais que cuidem, sente que os familiares geralmente são culpabilizados pela piora dos pacientes. É possível traçar aqui um paralelo com o trabalho de Macvarish (2014), que aponta que na contemporaneidade a relação entre Estado e família tende a tratar o contexto familiar como a origem de problemas relacionados ao comportamento, por vezes sem considerar condições sociais históricas que contribuem para vulnerabilização do cuidado nesse âmbito. Nesse sentido, entendo que o cuidador aponta a necessidade de algo para além da capacidade de escuta no sentido técnico, que envolve sensibilidade, empatia, se colocar mesmo no lugar do outro. Para ele, é preciso que o profissional tenha a dimensão real do que esse encargo representa para os familiares no cotidiano, que só assim pode ter mais ferramentas para reverter a ansiedade do familiar, com mais atenção às coisas que são prescritas e sua aplicabilidade.

Após o período de festas, consigo observar um retorno às atividades do grupo. Outros familiares passam a estar mais presentes, mas ainda assim o perfil de participantes segue majoritariamente feminino. Nesses dois encontros que se seguiram, pude apreender outros

sentidos que as reuniões adquirem para os familiares que se propõem a participar com alguma frequência, como por exemplo, o de um lugar para se obter orientações e trocar conhecimento sobre o manejo com o usuário. Uma das participantes conta que esteve afastada do grupo por conta de questões de saúde do neto e relata como precisaram repensar alguns hábitos alimentares da família, adquirindo maior conhecimento sobre as propriedades de cada alimento e como incorporá-los na rotina. Começamos uma conversa sobre a alimentação como forma de cuidar da saúde, que foi a estratégia utilizada por ela para reduzir os danos da diarreia que o acometeu. Em seguida, os participantes passam a trocar dicas e informações a respeito de alimentos que podem ajudar a equilibrar certas condições de saúde, como o que pode ajudar no controle da glicemia na diabetes, ou o que é preciso cortar da dieta para evitar o surgimento de cálculos renais ou problemas no fígado, o que pode ajudar no funcionamento adequado do intestino, entre outros.

A senhora que contava sobre o neto diz que essa “palestra” ajuda muito, porque quando está com um problema consegue compartilhar e por vezes o coletivo a ajuda a pensar em alternativas. Relata que nesse processo de adoecimento do neto, ele estava muito resistente a se alimentar corretamente e a beber água. Conta que para hidratá-lo, dizia que era o remédio que estava diluído na água. O articulador ressalta a dificuldade em realizar esses cuidados clínicos com pessoas com transtornos mentais, pela discriminação que sofrem nas instituições de saúde, cujos profissionais por vezes não conseguem acolher às especificidades desses pacientes. Os familiares muitas vezes se veem sozinhos na necessidade de desenvolver estratégias para manejar a resistência dos usuários. No caso dessa senhora, precisou se ausentar do grupo porque era a única a cuidar dele, e que tinha receio de trazê-lo pelo intenso calor que fazia na cidade nessa época do ano. “Se não fosse eu, não sei o que seria dele!”, ela diz. Segundo ela, a mãe de seu neto, que é sua filha, não parece fazer muito esforço para estar com ele. Muitos familiares não podem dividir a responsabilidade com outros membros da família, o que poderia contribuir para ter mais tempo para si, para descansar. “É muito raro ver um pai cuidar de um filho especial”, comentando sobre o articulador.

Aproveito esse comentário para tentar trazer o debate para o tema de minha pesquisa, na tentativa de apreender como ressoa para os outros participantes. No entanto, essa mesma senhora me pede para dizer algo, já que eu era “estudada no assunto”. Sua fala parece causar algum desconforto no grupo, já que um dos participantes questiona, ainda que de forma muito sutil, a demanda ao saber “técnico” em detrimento do acúmulo que os familiares têm pela experiência. Tento retomar o lugar de ouvinte, a aposta em participar do coletivo para apreender as potências e sentidos desse grupo, mais do que responder do lugar de uma técnica

em saúde mental. Nesse momento, penso que a presença de um profissional, ainda que eu não estivesse ali como tal, pode trazer à tona essa dimensão de orientação e prescrição que comparece frequentemente na relação com os familiares. Esse fato nos convoca a pensar como é complexo e importante poder observar essas camadas do cotidiano do cuidado, para pensar os sentidos de compartilhamento e trocas que são possíveis nesse contexto.

Na semana seguinte, pego o mesmo ônibus que uma das participantes do grupo a caminho do CAPS para o grupo. Ela me pergunta se teria uma festa, uma vez que eu levava um pequeno bolo em uma sacola. Digo que era apenas contribuir com o lanche que os participantes fazem ao final dos encontros, já que esse seria o meu último dia de pesquisa de campo no CAPS. Observo que essa pausa para tomar um refrigerante e um pedaço de bolo é também parte do processo de aproximação e troca entre os familiares, um momento para relaxar e trazer outros temas à pauta, como receitas e histórias que merecem ser contadas para descontrair o grupo. É um importante movimento para o fortalecimento dos laços entre os pares e de estímulo à socialização, caminhando na direção oposta do isolamento social que as famílias vivenciam no dia a dia com uma pessoa em sofrimento psicossocial.

Carsten (2014) aponta para a alimentação como um vetor para a produção de relacionalidade, no sentido de pensar o lugar da materialidade das coisas – nesse caso, o compartilhamento dos alimentos – na forma como as relações perduram ou se dissolvem ao longo do tempo. A antropóloga chama a atenção para a ambiguidade da matéria que contempla, ao mesmo tempo, aquilo que é da ordem da substância, que permite dar corpo às trocas, aos movimentos de aliança e vínculo, mas também é aquilo que se transforma e se dissolve, produzindo fissuras nas relações. Esse olhar implica, analiticamente, em tomar o “[...] o lugar da experiência, intuição, emoção e memória no parentesco, na maneira em como eles são investidos com qualidades e ressonâncias particulares” (Carsten, 2014, p. 115). Nessa perspectiva, é interessante pensar como o encontro e o lanche mobilizam os familiares e modulam a continuidade do grupo a partir das relações de afeto que ali se constroem – entre os familiares, entre eles e o articulador, a relação do grupo comigo no momento da pesquisa, desse coletivo com o serviço e com a equipe, que passam de certa forma pela matéria do alimento. A substância aqui pode ser tomada como esse coletivo pode ser agenciado pelos cuidadores como recurso intersubjetivo para dar conta das demandas do cotidiano, por onde passam afetos, relações e atos de cuidado. Como pontuado por Camatta (2022), “[...] os afetos são meios de gestão tanto do sofrimento como das possibilidades de sustentação da vida”.

Os modos como participantes se utilizavam dos espaços coletivos dizem de sua agência na gestão do sofrimento, da maneira como construía uma ética de cuidado (Tronto,

1993) que permitia sustentar, através do apoio mútuo, a possibilidade de vida e permanência da família no território. Pode-se dizer que os modos de ocupar e participar do cotidiano institucional, incluindo a circulação pelos grupos de familiares, vão dando contorno para as mediações necessárias à continuidade do cuidado não apenas do usuário em sofrimento, mas também dos cuidadores, na medida em que possibilitam a ampliação de uma rede de apoio e relacionalidade, agenciando modos de tornar a vida mais possível nesse contexto (Camatta, 2022). A presença e participação nesses espaços de certo modo corporificavam os acordos, os vínculos, afetos e sentidos tanto em dinâmicas de apoio e cuidado de si, como na gestão do desamparo e angústia com os encargos do cuidado com o outro. Implica em pensar na relação entre o projeto de Reforma e a gestão do cuidado em saúde mental, que se materializa nos expedientes que traduzem o ordinário de um serviço como o CAPS, evidenciando as assimetrias e ambiguidades constitutivas dessas relações.

O cuidado como relação múltipla e que envolve humanos e não-humanos é uma saída para processos de precarização da vida e uma ação política, na medida em que envolve nosso reconhecimento como sujeitos vulneráveis, expõe nossas redes de dependência e denuncia as assimetrias que tornam desigual a sua distribuição. Nesse sentido, o cuidado é simultaneamente moral, técnico e político, sendo uma relação que embora possa ocorrer de modo privado possui efeitos públicos, costurando domínios supostamente apartados [...] (CAMATTA, 2022, p. 113).

Chegando ao CAPS, encontramos o articulador próximo à entrada do bazar, aguardando pelos familiares para iniciar a reunião. Ele me conta que conseguiu participar da última supervisão clínico-institucional²⁵ e que reforçou com a equipe que precisa de melhores condições para tocar o grupo, com mais quórum, além de pleitear um espaço físico que pudesse acomodar os participantes. Relata que pela experiência em outro CAPS, faz diferença estar mais tempo no serviço, participar da assembleia e da supervisão, que isso o aproxima da equipe e dos familiares e usuários. Fica um pouco confuso para mim se o apelo dele nesse momento é para os familiares que não aderem ao grupo e não ocupam o serviço, ou para a equipe, que poderia se esforçar mais na divulgação e convocação desses familiares, ou ambos. Reforça que é importante responsabilizar também o familiar pelo interesse em aprender com a equipe do serviço e com os pares a manejar as dificuldades no cotidiano com os usuários.

Encontro com uma das mães que já conhecia da época da residência, que presenciei em um conflito com o filho no CAPS, episódio relatado no capítulo anterior. Sempre um pouco acelerada, mal me vê e já me atualiza do estado de seu neto, que precisa fazer um exame um pouco delicado e da luta de sua filha para conseguir encontrar meios de conseguir

²⁵ Espaço de discussão, mediado por um supervisor externo, de análise dos processos de trabalho da equipe, da condução dos casos clínicos e questões institucionais que atravessam o coletivo de trabalhadores.

realizá-lo, uma vez que pelo SUS não há previsão de quando vai conseguir e na rede privada o valor do procedimento está além do que a família tem condições de pagar. Se preocupa com a filha que já apresenta sinais de sofrimento mental por conta das dificuldades de acesso ao cuidado para o filho. No meio do relato ela questiona se voltei a trabalhar ali, e respondo que sigo trabalhando como psicóloga no NASF, estando ali naquele dia para a pesquisa de campo do mestrado. Sem ouvir muito ela retoma a si dizendo que está tentando se cuidar mais, que tenta ajudar a filha no que pode, mas parece querer manter uma distância segura. “Eu preciso me cuidar, me amar, fazer mais coisas por mim”, divide comigo. A convidou para a reunião que já ia começar, e ela vai dispersando pela convivência do CAPS, procurando as referências de seu filho para saber quem poderia atendê-lo. Depois de algum tempo consegue chegar na reunião.

O encontro teve a presença de outras duas cuidadoras, ambas já haviam participado de encontros anteriores em que eu estava presente. Uma delas, que pouco intervém nas reuniões, conta que ganhou um sofá de uma conhecida e em pouco tempo a família começou a desenvolver uma reação alérgica na pele, até que descobriram que o móvel estava infestado de percevejos. As outras participantes ficaram bastante tomadas com essa situação, recomendando fortemente que ela queimasse e jogasse o sofá fora, que segundo elas seria era a única maneira de acabar com a praga. A senhora ainda insistiu um pouco, mas as outras diziam que eles se reproduzem rápido e dão exemplo de outras pragas que já tiveram que lidar em suas casas. Percebi uma certa tensão entre as participantes do grupo, que pareciam disputar a razão sobre como proceder com a infestação, invocando sentidos de responsabilização pela saúde de seus familiares que me chamaram a atenção.

Passando a outra pauta, o articulador conta que esteve na supervisão para reivindicar melhores condições para o grupo, mas que espera maior adesão dos familiares. Sugere que o familiar participe da atividade mesmo que seja somente uma vez por mês, conciliando com o dia que precisa buscar a medicação do usuário ou da aplicação da injetável, por exemplo, de modo que possa otimizar a vinda ao serviço. Sente que o espaço está esvaziado, mesmo que esteja fazendo um esforço para convocar os familiares. Reforça que é um espaço importante para se fortalecerem enquanto coletivo, mas também a nível individual, na medida em que podem compartilhar e ouvir sobre as dificuldades, conquistas e dúvidas de seus pares. Reforça que a mobilização entre a categoria é importante, porque são os familiares que geralmente levam as pautas por melhorias na condição de assistência, uma vez que os profissionais muitas vezes são silenciados por conta do vínculo institucional.

Uma das participantes parece condicionar sua participação à agenda dos filhos, dizendo da dificuldade em priorizar outras atividades, ainda que seja importante para ela contar com o suporte do grupo. Conta que nos últimos meses vivenciou algumas questões difíceis com a família, resultando no episódio de agressão que ocorreu no CAPS. Relata que nesse período seu filho estava muito frustrado e essa é a forma como consegue expressar esse sentimento. Ao longo de sua fala é possível perceber que o coletivo tenta fazer algumas intervenções, mas parecia que ela não conseguia ouvir, não conseguia se conectar ao diálogo que se seguia após suas falas, interrompia os outros participantes e entrava em outro assunto. Em algum momento, outra participante consegue pontuar que não é possível esperar dos usuários que ajam de acordo com o que é esperado socialmente, porque nem sempre vão conseguir responder desse lugar. “A gente quer que eles sejam que nem a gente”, diz. Ainda que com alguma dificuldade, o coletivo parece perceber que essa mãe precisava de um espaço maior de fala nesse momento.

Ela então retoma a fala dizendo que se sentia julgada porque seu filho fazia tratamento no CAPS, pois lhe diziam que era um lugar de “maluco”, até mesmo seu marido achava isso. Agora considera que tanto o pai como o filho evoluíram no manejo de seu sofrimento, muito a partir da experiência e do compartilhamento com os profissionais do CAPS. Segue contando que a família vivenciou um período de muita instabilidade financeira, que o pai estava desempregado e contavam apenas com os valores de programas de transferência de renda. Anuncia com entusiasmo que conseguiu a liberação do BPC de seu outro filho pela Justiça (pelos critérios, a família não teria condições de receber, já que o filho que se trata no CAPS já recebe). Para isso, teve que provar que morava de aluguel em um imóvel bastante precário e uma série de vulnerabilidades socioeconômicas. Foi uma batalha de três anos que só teve um desfecho favorável pela contratação de uma advogada particular. “Meu outro filho também tem problema, eu cuido deles, abri mão de trabalhar...”, diz, como que justificando a demanda. “O problema é o cuidado”, pontua o articulador, ao dizer que além do cuidado em relação às questões de saúde mental, às práticas de manutenção da vida.

E assim o grupo vai se dispersando, em seguida partimos para o lanche coletivo. Em conversa com o articulador, ele me deseja sorte na fase final do mestrado e se coloca disponível para qualquer coisa que eu precisar. Por outro lado, agradeço à acolhida e reforço meu desejo de retornar para a reunião do grupo com os resultados da pesquisa. Ainda que o meu lugar como pesquisadora e técnica de saúde mental fosse lembrado em muitos momentos, foi possível contar com abertura do grupo para partilhar comigo seus saberes e percepções. O articulador retoma nesse momento um ponto que sempre perpassa sua fala nas

reuniões, pelo menos as que estive presente, em que ressalta a importância do profissional poder trabalhar com sua capacidade de se solidarizar com a experiência dos familiares, para que então consiga ouvi-los. Como um conselho para “ouvir” o material recolhido em campo e seguir com os próximos passos da pesquisa. Disposição que nesse percurso se fez possível quando consigo borrar as fronteiras entre os lugares que ocupo como pesquisadora, psicóloga da RAPS, militante e mulher, ainda que em alguns momentos isso tenha mobilizado alguma preocupação, fui entendendo que era o caminho possível para escapar da hierarquização dos saberes e de fato estar permeável aos caminhos que o campo apontava.

3.5 Coletivos de familiares e o cuidado na Atenção Psicossocial

Como apresentado nos tópicos precedentes, a proposta desse capítulo era apresentar minha inserção nos grupos e espaços de articulação que contam com a participação de familiares dos usuários do serviço. Ainda que a presença na convivência tenha explicitado a junção complexa entre o lugar que encarno como trabalhadora e minha passagem como pesquisadora, durante os encontros nos grupos percebi que minha vinculação era possível por outras vias, ao contrário da desconfiança que esperava de meus interlocutores. Mesmo com os cuidados em apresentar uma proposta que estivesse atenta à necessidade de circuitos de confiança para o compartilhamento das experiências, pensando o tempo da pesquisa de modo a não me alongar nessa presença, algo apontava para essa tensão em estar perturbando o funcionamento do coletivo. Em certa reunião do grupo de suporte de pares, uma das familiares elogia a escolha do tema para o trabalho e a persistência em estar com os familiares ali no CAPS. “Ninguém olha para os familiares, mas você continua aqui”, ela me diz. Por vezes fui convocada do lugar de técnica para dizer algo sobre o tema que estava em discussão, mas procurava sustentar esse lugar de interesse, que de certo modo me ajudou a estar ali entre eles e estabelecer um vínculo de confiança e abertura.

Nesse sentido, é possível perceber aproximações e diferenças importantes entre esses diferentes espaços. De certo modo, são propostas de acolhimento, de um fazer coletivo entre os pares e entre o serviço, que convoca os familiares a tomar parte em processos de tomada de decisão sobre o próprio dispositivo. Tal compreensão aparece também na literatura, na medida em que se vê a adesão da família ao projeto terapêutico no CAPS e sua disponibilidade em compartilhar o cuidado com a equipe como um caminho importante para a

qualidade da assistência ao usuário e fator de redução nos níveis de estresse dos familiares diante dos momentos de difícil manejo (Santos, 2019). É possível encontrar em outros estudos a importância de os serviços de saúde mental estarem atentos à sobrecarga dos cuidadores na difícil tarefa que encarnam em mediar as relações dos usuários não apenas com o serviço, mas com o campo social de forma mais ampla, de modo que também demandam cuidados (Carvalho, 2022).

Na assembleia é possível perceber essa ideia vai sendo atravessada pelo próprio esvaziamento do coletivo, que demanda um esforço dos profissionais em garantir esse espaço de deliberação entre o serviço e a população assistida. No entanto, é entendendo também essas ausências que se pode pensar em outras formas de acolhimento e apoio para os familiares dos usuários do CAPS. É possível dizer que os grupos que participei eram compreendidos pelos participantes enquanto espaços de troca e compartilhamento de experiências e afetações, uma aposta do serviço e da gestão na potência de arranjos coletivos e afetivos. Mas esse acolhimento também acontecia de forma individualizada a partir da figura do técnico de referência, ou mesmo de algum outro técnico que pudesse orientar e acolher pontualmente alguma demanda específica. Um dos sentidos que apareciam com frequência nesses espaços a partir das falas dos familiares diz respeito à necessidade de ser ouvido e se sentir acolhido diante do desespero e desamparo que algumas situações os convocam. Entendo que isso diz de uma disponibilidade a conhecer a realidade dessas famílias, podendo compreender os níveis de complexidade das relações e condições materiais, sociais e subjetivas de exercício do cuidado ao usuário do serviço.

Observar essas peculiaridades que envolvem as famílias das pessoas com transtorno mental requer dos serviços de saúde um olhar sensível e disponível para essa demanda, não somente para garantir os direitos, mas no intuito de trabalhar as reais necessidades dos sujeitos envolvidos, na tentativa de minimizar o sofrimento e com isso melhorar a qualidade de vida e a qualidade no cuidado (Carvalho, 2020, p. 220).

É possível também afirmar que ao longo desses meses de campo pude observar que a maior parte dos participantes das atividades coletivas destinadas aos familiares eram mulheres, em sua maioria negras e moradoras de territórios vulnerabilizados, bem semelhante ao perfil descrito no capítulo anterior a partir da observação no espaço da convivência, o que reflete também as características sociodemográficas da população assistida pelo CAPS nesse território. Essas mulheres aparentavam ter idade entre 40 e 70 anos, a maioria não exercia uma atividade remunerada por estarem em função do cuidado com o usuário, e quando trabalhavam era de modo informal, sem uma frequência regular ou acesso a direitos trabalhistas. A renda principal dessas famílias vinha de programas de distribuição de renda do

governo ou do benefício de prestação continuada dos usuários. Boa parte delas eram as mães dos usuários e não contavam com o apoio de outros familiares, incluindo a figura paterna. Ainda que esse perfil fosse bem delineado, o tema parecia ser encarado com a naturalidade de quem já não estranha o lugar social que foram convocadas a ocupar, mesmo que as histórias se repitam entre os “desabafos” no grupo, mesmo que sintam no corpo e nas condições de existência o peso da responsabilidade que assumem no dia a dia desse cuidado.

No entanto, o que fica ainda mais evidente ao longo dos encontros são as tensões entre a visão dos familiares e dos profissionais acerca das diferentes noções e embasamentos para as práticas de cuidado exercidas por ambos os atores. Além do sentido do acolhimento e da escuta pela equipe, os familiares trazem com frequência a sensação de não ter o seu conhecimento validado nos processos de tomada de decisão sobre o projeto terapêutico do usuário e no manejo de situações agudas. Sobre esse aspecto, entendo que faz parte do saber que advém da convivência diária com o paciente, que para além da expressão dos sintomas, pode observar sua forma de estar no mundo, seus gostos e singularidades, sua evolução ao longo do tempo, detalhes de sua trajetória de vida e estratégias criadas nesse núcleo mais íntimo para lidar com situações corriqueiras. Essa questão de poder ser ouvido de um lugar de saber, de outro tipo de saber, comparece em ambos os espaços e aponta para a constante avaliação da escuta do próprio grupo, bem como da equipe. Por vezes evocam significantes como “empatia” ou “solidariedade” para tentar dar conta de algo que passa pela experiência de ser cuidador de outro indivíduo que não pode ou não consegue cuidar de si de forma autônoma. Esses sentidos por vezes são resgatados em falas dos familiares, mas também da própria equipe, que remetem ao movimento de se colocar no lugar do outro, ou que buscam comparações e aproximações em relação ao exercício do cuidado. “Você já tem filhos ou pensa em ter filhos um dia?”, por exemplo.

Quantas vezes nos perguntamos se daríamos conta de fazer o que eles faziam, pois entendemos que cuidar, conviver intimamente com a doença, sem intervalos, sem pausa é muito difícil. Era isso que eles faziam. O grupo deveria ser o lugar para a escuta sobre essa forma de se viver e deveria ser organizado de tal forma que os familiares não se sentissem criticados, culpados, censurados. (Vianna *et al*, 2009, p. 611)

Outro dado que observei nas falas dos familiares e que diz de concepções distintas de cuidados que por vezes são confrontadas nesses espaços, ou mesmo no serviço, é o fato de que os participantes dos grupos tendem a usar o termo “paciente” ao invés de “usuário” para se referirem aos seus familiares. Esse debate surgiu em uma reunião do grupo de suporte de pares, em que o articulador me explica que a preferência se dá pela associação do termo

“usuário” à ideia de uma pessoa que faz uso abusivo de substâncias, tendo uma conotação considerada pelo segmento como pejorativa. No entanto, o uso do termo “usuário” no processo da Reforma brasileira aparece na literatura como algo positivo do ponto de vista de que os antigos “pacientes” do hospital passam ser reconhecidos socialmente como “usuários” dos serviços de saúde para seu cuidado no território (Fonte, 2012). Andrade e Maluf (2017) apontam ainda que a expressão carrega o sentido do protagonismo desse segmento no movimento pela Reforma, e como forma de marcar uma diferença em relação aos termos utilizados no senso comum para se referir a pessoas em sofrimento psicossocial de forma vexatória.

Trago esse exemplo na tentativa de apontar para as múltiplas camadas de complexidade nas relações de cuidado que envolvem usuários de serviços de saúde mental, seus familiares e cuidadores, os profissionais de saúde e a comunidade que abriga esses circuitos de cuidado. A RPB, enquanto processo ainda em curso, que envolve disputas entre diferentes campos de saber e de ação política, implica necessariamente em tensões, conciliações, alianças e divergências que são constituintes de um processo amplo e concebido em instituições democráticas. No entanto, é importante para o propósito dessa pesquisa poder pensar sobre a forma como essas diferenças aparecem na relação entre esses atores, e as pistas que podem fornecer a respeito das diferentes atribuições e sentidos do cuidado nesse contexto, especialmente na dimensão do autocuidado, do apoio mútuo ou interdependência na dinâmica dos coletivos, e do cuidado com o cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado anteriormente, o tema da pesquisa se relaciona com a trajetória da pesquisadora no campo da Atenção Psicossocial, que caminha ao lado de sua formação como psicóloga, militante da Luta Antimanicomial e trabalhadora do SUS. Nesse percurso, chama a atenção o protagonismo feminino nos arranjos de cuidado em torno dos usuários de serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se apresenta tanto na rede de cuidado informal, exercido geralmente pelas mães, companheiras amorosas, avós, irmãs, ou outras mulheres que compõem a rede de suporte social desses sujeitos, mas também entre as equipes de saúde mental, compostas em maioria por mulheres e em categorias profissionais feminizadas. A familiarização do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial aponta para uma ocupação bastante desigual dos encargos do cuidado que não é exclusiva a esse contexto, mas que reproduz as bases de um modelo societário em que essa tarefa é delegada às mulheres que se encontram em condições vulnerabilizadas.

A construção do problema de pesquisa foi orientada pela apreensão das formas de gestão do cuidado acionadas pelo mandato da Atenção Psicossocial enquanto práticas sociais e sua relação com as propostas pautadas pelo movimento da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, na medida em que esse cuidado vem se sustentando no cotidiano dos serviços substitutivos. Nesse sentido, o presente trabalho buscou entender em que medida esse modelo que reorganiza da política de saúde mental se apropria de atributos culturalmente forjados como femininos para fazer valer as diretrizes da Reforma, enquanto as condições para sua efetiva implementação vão sendo precarizadas e negligenciadas; e como essas dinâmicas aparecem nas relações entre as profissionais, enquanto agentes do Estado, e as familiares e cuidadoras.

Tendo em vista o processo histórico da RPB e a conformação da política de saúde mental no país, entendo que as relações entre gênero e Estado se dão em uma dinâmica de coprodução, como proposto por Vianna e Lowenkron (2017), na medida em que se constituem mutuamente. Essa leitura é importante quando pensamos como os arranjos de cuidado no contexto da Atenção Psicossocial são formados em torno de figuras femininas, tornando mais evidente o modo que a gestão estatal do sofrimento aciona e é acionada por atores marcados não apenas pelo gênero, mas também por marcadores raciais e de classe, considerando a distribuição social dessa atividade.

Com o apoio de algumas leituras (Amarante, 1998; Pereira, 2004; Vasconcelos, 2008; Duarte, 2010), parto da perspectiva de que a Reforma se caracteriza como processo político

que envolve não apenas a reorganização da atenção, mas uma proposta de mudança paradigmática que se exerce além do âmbito das políticas públicas que constituem atualmente a RAPS, se constrói em ato no cotidiano dos serviços e dos territórios. A crítica aos saberes e práticas que engendram a lógica manicomial tem implicações importantes não só para as propostas do modelo de assistência implementado, como para as diferentes noções de cuidado em saúde mental que se desenvolvem nesse processo. Nessa abertura a outros sentidos do cuidar, o Estado compartilha essa responsabilidade com as famílias e com a comunidade, na medida em que a assistência em saúde mental vai se capilarizando nos dispositivos territoriais. Como consequência, vimos que a dimensão cotidiana da vida dos usuários, incluindo sua dinâmica familiar e/ou socioafetiva, passa a compor os arranjos e mediações nas quais esses múltiplos atores são implicados para que o cuidado possa ser exercido em liberdade.

No entanto, alguns estudos apontam que essa transferência se deu com algum grau de sobrecarga familiar, especialmente de mulheres (Tsu, 1993; Campos E Soares, 2005; Randemark E Barros, 2009; Delgado, 2014; Kantorski *et al*, 2019). Os encargos com esse cuidado cotidiano, em âmbito doméstico, bem como as condições em que poderiam se dar o seu exercício e os atores que seriam responsabilizados diretamente não parecem ter sido considerados na gestão desse processo. Tendo a vista a percepção de que o trabalho do cuidado parece ser tomado aqui como autoevidente, como algo que não precisa ser cuidado ou gerido, ou que não aparece como uma pauta política a ser discutida, é que esse trabalho se põe a interrogar como isso se dá no cotidiano, e especialmente, a que custo para aquelas de ocupam dele.

No contexto neoliberal em que essas mudanças são implementadas, de redução do aparato Estatal e conseqüente precarização dos serviços públicos, o que se observa é um duplo apagamento de suas experiências, na medida em que a política avança sem se atentar para a precariedade das condições para o exercício desse cuidado, não sendo vistas nem como cuidadoras, nem como cidadãs que necessitam do apoio do Estado. A política de transferência dos encargos do cuidado para o âmbito privado, forma de gestão estatal da proteção social que se apresenta no contexto brasileiro para além dos contornos da responsabilidade sanitária, contribui para a invisibilização da sobrecarga das mulheres e de sua importância como pauta política (Costa, 2002; Passos, 2011).

Para apreender como estas questões aparecem no campo, entendemos que era importante trazer as discussões a partir do cotidiano dos serviços, analisando os expedientes que não estão previstos nas normativas, mas nos arranjos que foram se construindo para dar

conta dessa tarefa de cuidar e promover vida no dia a dia da cidade. Nesse sentido, é a partir do trabalho etnográfico em um CAPS, dispositivo que tem o papel de coordenar o cuidado em saúde mental nas redes de saúde, que as questões vão sendo trazidas, em diálogo com as categorias analíticas dos estudos socioantropológicos do cuidado, pensando em que medida se aproximam das noções nativas observadas em campo. A observação participante foi a metodologia privilegiada nesse percurso, tentando capturar os fluxos do serviço, os discursos e moralidades que fazem parte do ordinário das relações mobilizadas no cuidar de pessoas em sofrimento no contexto de uma cidade como o Rio de Janeiro. Foi podendo habitar o dia a dia do CAPS, convivendo com usuários, profissionais e cuidadores a partir dos seus espaços coletivos, especialmente pela convivência, lugar de passagem, de encontros e de cuidado. Foi ocupando esse espaço, ainda que no embaraço de minha primeira experiência etnográfica, que encontrei uma forma de retornar a esse campo como pesquisadora, que precisou adequar a escuta para captar as histórias que ali circulavam de outro lugar.

Observei que a maior parte dos usuários eram acompanhados por mulheres, em sua maioria negras, geralmente da própria família. Elas apareceram com frequência como as principais cuidadoras dos usuários do CAPS em âmbito doméstico, e em muitos casos, exercendo essa função de forma solitária, sem muito suporte de outros membros da família ou da rede de apoio. Muitas delas queixavam-se das dificuldades em manejar o cuidado diário de seus familiares que extrapola o suporte oferecido pelos serviços a nível técnico-assistencial, além dos efeitos da dedicação intensiva aos cuidados dos usuários na gestão do tempo e da sociabilidade. Vimos que frequentemente essas narrativas envolvem famílias em contextos vulnerabilizados, que convivem com a pobreza, a falta de suporte social, a dificuldade em manter uma atividade remunerada mesmo com vínculos informais, os atravessamentos do racismo e da vida precarizada em zonas periféricas da cidade nas possibilidades de agência para garantir o básico à sobrevivência.

Alguns pontos observados nas relações entre as cuidadoras e os profissionais do CAPS no dia a dia do acompanhamento dos usuários trouxeram pistas sobre a dimensão normativa e prescritiva do cuidado, que envolve não só o estabelecimento de parcerias e compartilhamento de responsabilidades, mas de forma mais ampla, está permeado por tensões e disputas narrativas entre os saberes técnicos e o saber pela experiência, entre aproximações e distanciamentos de ordem social, política e afetiva no encontro com esse “trabalho”. Ao longo da pesquisa de campo mais fica evidente que as divergências nesse campo não dizem respeito apenas às diferentes noções em relação ao “bom cuidado”, mas versam inclusive sobre as posições diante do projeto da Reforma em curso. Essas questões geralmente apareciam em

cobranças sutis da equipe, como quando os familiares compareciam sem os usuários no serviço, apenas para buscar a medicação, que em certo sentido “comprometiam” o PTS pactuado; ou na forma de aconselhamentos ou abordagens pedagógica visando o estabelecimento de vínculo da família com o mandato do CAPS, como quando os cuidadores de um usuário em crise demandavam asilo porque o cuidado em casa se tornou insuportável.

Os espaços e dispositivos de compartilhamento de responsabilidades, escuta e diálogo do serviço com os familiares operavam naquele CAPS pela via do reconhecimento e acolhimento, mas essas trocas também envolviam outros sentidos na medida em que esses saberes se distanciavam, ou quando vinham à tona as divergências que fazem parte de qualquer tentativa de construção coletiva. No entanto, o que gostaria de chamar a atenção aqui é que nessas disputas de poder, o lugar do saber técnico pode ganhar contornos prescritivos, que por vezes retornam para essas mulheres, que já carregam de antemão a culpa por qualquer suposta falta, como mais uma demanda. Nessas relações, em que muitas vezes o próprio projeto da Reforma e os ideais da Luta Antimanicomial se confrontam com o cansaço dessas cuidadoras no cotidiano do cuidado, os trabalhadores do serviço encarnam de certo modo o papel do Estado na gestão do sofrimento psicossocial, evidenciando as múltiplas camadas que esse encontro faz aparecer na intersecção de seus papéis sociais.

Essas diferenciações também aparecem na forma como o cuidado é distribuído entre os trabalhadores dos serviços de saúde mental, que podem ser acionados e responsabilizados de forma diferenciada em função de múltiplos marcadores sociais. As mulheres representavam a maioria dos profissionais, seguindo a tendência observada em outros equipamentos e relatada na literatura (Montanari, 2009; Almeida, Fugerato, 2015; Pereira, 2019; Zanatta, Lucca, 2021), possivelmente pela presença de categorias profissionais historicamente feminizadas. Foi possível observar que no manejo com usuários que apresentavam algum grau de agressividade, as figuras masculinas geralmente são acionadas, ao passo que nas ações de cuidado envolvem a constância no acompanhamento de questões mais ordinárias do cotidiano, frequentemente havia a participação de uma técnica da equipe no circuito. E mesmo entre as mulheres, foi possível perceber como a distribuição do cuidado também era marcada, em alguma medida, por diferenças relacionadas às categorias profissionais e posições sociais dos trabalhadores, apontando para a complexidade dessa atividade, modulada pelas contradições da própria estrutura social que a envolve.

A experiência com os grupos de suporte e ajuda mútua trouxe outros aspectos das experiências cotidianas das cuidadoras, e ainda que fortemente marcadas pelo papel social da maternidade, não parecia haver muito espaço para a discussão da dimensão gendrada desses

encargos. A dedicação ao cuidado do outro, que em muitos casos implica deixar de lado seus planos, seu trabalho, sua vida social, é o tema mais recorrente, o que nos faz pensar não apenas na vulnerabilização que se produz nessas vidas que vão contando com cada vez menos recursos, mas também no sentido que aqueles grupos têm para elas, como um espaço onde podem dizer disso também, que parece ficar sem lugar no cotidiano das obrigações. O adoecimento dessas mulheres, não apenas em relação ao seu sofrimento psicossocial, mas também por condições crônicas de saúde física, pode ser visto como como um reflexo desse corpo que muitas vezes não pode ser priorizado, que diz dos impactos que a relação de cuidado tem sobre as condições de vida do cuidador. De modo semelhante ao relato de Pierobon (2018), aqui a trajetória de adoecimento se entrelaça à responsabilização pelo cuidado nas relações familiares e às modulações das políticas de saúde mental.

Nesse sentido, o trabalho etnográfico empreendido permitiu traçar uma análise sobre o tema a partir do cotidiano do CAPS, colocando em evidência as relações de cuidado que mobilizam os atores que dele participam, deslocando o olhar dos usuários ou da díade usuários/profissionais ou usuários/familiares. Foi possível visualizar a complexidade dos arranjos de cuidado, atentando-se para as múltiplas posições ocupadas pelos cuidadores, técnicos ou não, em dinâmicas de cuidar e ser (ou demandar ser) receptor de cuidados. As maternidades que apareceram no campo, tanto do lado dos familiares como das profissionais, que também exercem esse cuidado em suas redes pessoais, evidenciaram as disputas narrativas e morais que atravessam posicionamentos favoráveis ou não ao modelo territorial implementado e em expansão. Desse modo, o campo foi produto e produtor de deslocamentos da e na própria pesquisa, adensando as camadas de reflexão acerca das questões e hipóteses formuladas, corporificando o debate e indicando as categorias analíticas a serem acionadas.

O tempo disponível para a pesquisa de campo, tendo em vista os objetivos e limitações constitutivos do próprio desenho de uma pesquisa a nível de mestrado, implica em recortes e escolhas metodológicas que delimitam o alcance das análises. Nesse caso, considero que o período determinado para a pesquisa empírica, ainda que tenha contado com o contato prévio com o serviço pesquisado e a coleta de material tenha sido satisfatória para as reflexões realizadas até aqui, pode não ter sido suficiente para maior aproximação com os profissionais do serviço, de modo a apreender suas impressões e percepções em relação às hipóteses levantadas neste trabalho. Outro fator que pode ter contribuído para o resultado apresentado está na aproximação com parte da equipe em função da passagem anterior pelo serviço como psicóloga residente, e em alguma medida pelo trabalho em rede realizado no cotidiano da RAPS do município em função do vínculo da pesquisadora como profissional da APS. Além

das dificuldades em relação às questões éticas que se apresentam no cotidiano de uma pesquisa de observação de práticas de cuidado, avalio que a metodologia empregada pode não ter sido suficiente para alcançar os interlocutores em questão. Uma sugestão para trabalhos futuros seria considerar a utilização de outros métodos para a coleta de dados, como entrevistas e grupos focais, que podem ser mais indicados que a observação para acessar os profissionais dos serviços.

Penso que uma das contribuições desta pesquisa é poder olhar para essas relações de cuidado reforçando seu sentido político, ao dar visibilidade à complexa rede que envolve a gestão do sofrimento psicossocial e os contornos da Reforma Psiquiátrica e política de assistência em saúde mental no país. Também nos remete ao duplo fazer entre gênero e Estado, como proposto por Vianna e Lowenkron (2017), na medida em que a premissa do cuidado de base comunitária vai se tornando viável a partir da tarefa implícita que é delegada à família, quando tacitamente se assume que esse suporte vai ser “arranjado” no interior dessas relações. O que proponho como reflexão a partir desse percurso etnográfico no cotidiano de um CAPS é que ao falar sobre a centralidade do papel das cuidadoras nos arranjos de cuidado na Atenção Psicossocial, é preciso ter em mente que falamos de mulheres vulnerabilizadas pelas relações raciais e de classe, além das dinâmicas de violência e exclusão que permeiam a relação com o território. É preciso dimensionar o lugar social desses atores nos contornos que essa política ganha ao longo de seu curso, na medida em que reproduzem a convocação de grupos subalternizados no exercício do cuidado, evidenciando que as ausências do Estado são localizadas e contribuem para o duplo apagamento de suas experiências, seja como cuidadoras sem o suporte adequado, nem como sujeitos que demandam cuidado.

Nesse sentido, é possível afirmar que as hipóteses levantadas em relação ao papel das mulheres cuidadoras na sustentação do projeto da Reforma foram confirmadas pela pesquisa, na medida em que representam a maioria dos acompanhantes dos usuários, e dos familiares ativos na assembleia e nos grupos de suporte e ajuda mútua do serviço. Além disso, foi possível encontrar aproximações entre as categorias nativas do campo da Atenção Psicossocial localizadas na pesquisa empírica com algumas abordagens sobre o cuidado enquanto prática social, especialmente em relação a sua apropriação como trabalho não remunerado exercido por mulheres, evidenciando os contornos presentes nas relações de cuidado em função da colonialidade e marcadores de gênero, raça, classe e território.

Essas leituras também nos ajudaram a elucidar como essas relações vão sendo atualizadas no cotidiano da Reforma, na medida em que diferentes noções de cuidado vão

sendo acionadas nos expedientes do serviço substitutivo, mobilizando diferentes atores nos laços que vão sustentando a assistência e o acolhimento de um lado, o controle, a gestão, a contenção de outro. Ainda que esses dois polos fossem fortemente marcados em relação ao gênero, de modo que as mulheres são mais convocadas a cuidar e os homens a controlar, ao longo da pesquisa é possível notar como esses sentidos se entrecruzam no cotidiano das relações de cuidado, evidenciando sua dimensão normativa. As ações tomadas como cuidado nem sempre vão produzir efeitos positivos, por vezes o cuidado nesse contexto vai estar enredado em dinâmicas de controle, cobrança, normatização, disputas e constrangimento. Um exemplo disso comparece nas relações entre as cuidadoras do CAPS e da família, quando as noções de cuidado de si parecem ser perturbadoras para quem não tem tempo ou condição subjetiva de se haver com as próprias questões.

Desse modo, é importante situar aqui, ainda que não se tenha a pretensão de esgotar as análises e reflexões sobre o tema, nem propor possíveis soluções para os problemas apresentados, mas consideramos pertinente compartilhar algumas questões que surgiram ao longo da pesquisa e não puderam ser respondidas no contexto desse trabalho. Como apontado por Vianna (2009), os serviços de saúde mental geralmente produzem intervenções no meio social a partir da relação com as famílias, por serem a via mais próxima de contato e atuarem diretamente no enfrentamento cotidiano com a comunidade em momentos de crise. No entanto, considero que a sensação de solidão e sobrecarga observadas na realidade de muitas cuidadoras, que muitas vezes contam apenas com o CAPS como rede de apoio, sinalizam a necessidade de analisar o alcance do movimento político em relação às continuidades e rupturas em torno do imaginário social da loucura. Tendo em vista o vazio sanitário do modelo anterior, somado aos estigmas sociais enfrentados por esses sujeitos e suas famílias, como avançar, tanto nas discussões da macropolítica como na prática cotidiana dos serviços, na responsabilização de outros atores nessa partilha de cuidados? De que forma as ausências masculinas nesse contexto estão sendo pensadas (Fernandes, 2020)?

No entanto, uma outra questão importante que atravessa esse aspecto da análise se relaciona, a meu ver, à impossibilidade de avançar nessa discussão sem fazer uma crítica ao modelo de conciliação e de transferência de cuidados, uma vez que essas dinâmicas comparecem tanto nos aspectos mais macro relacionados à gestão estatal da assistência em saúde mental, mas também na micropolítica das relações entre as mulheres cuidadoras, que compartilham o papel de cuidado com os seus. Em alguma medida essas redes de apoio mútuo e arranjos forjados no dia a dia dos serviços, ainda que muito fragilizadas, vão dando conta de sustentar o cuidado dos usuários no território, mas seus efeitos e custos para as

cuidadoras, incluindo a saúde mental, seguem sem muita visibilidade nas pautas e urgências do campo.

Essas são algumas lacunas que este trabalho consegue apontar e que demandam maiores esforços de investigação. Considero que a discussão em relação aos arranjos de cuidado nesse campo sugere a possibilidade de olhar não apenas para os usuários do CAPS, enquanto figura central que mobiliza e envolve os agentes de cuidado nessas relações, mas para as redes construídas por essas famílias em relações que não são unilaterais, entre cuidador e receptor, mas de um núcleo que acessa diferentes níveis de atenção de acordo com as necessidades de cada um – incluindo o acompanhamento em algum dispositivo da RAPS. Essa lente analítica pode sugerir um trabalho mais situado no território que nos serviços de saúde, e em diálogo mais próximo com os equipamentos da Atenção Básica.

Dito isso, podemos considerar que o ponto chave para as questões levantadas nesse trabalho se encontra na percepção de uma contradição entre o movimento político de fortalecimento de uma rede substitutiva ao manicômio, à indústria da loucura e à medicalização do sofrimento, mas que vem se dando no cotidiano a partir da massiva participação de mulheres em relações de cuidado que foram sendo precarizadas e sucateadas ao longo do tempo, com o desinvestimento do Estado na efetiva implementação da RAPS. O que aponto como contradição é o fato de que envolve um processo de mudança não só na lógica de assistência, mas na própria leitura do adoecimento psíquico, para além do campo das políticas institucionais no cotidiano das redes sociais mobilizadas em torno desses usuários, mas que se dá em um contexto de precarização dos serviços públicos que foi acentuado nos últimos anos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). É importante marcar aqui que a crítica não está naquilo que escapa aos contornos institucionais, mas que as condições materiais e de suporte social que compõem a realidade das famílias na atenção diária ao sujeito em sofrimento psicossocial sinalizam a necessidade de ações intersetoriais que extrapolam os equipamentos de assistência priorizados até o presente momento do processo em curso.

A percepção da centralidade e, ao mesmo tempo, invisibilidade do trabalho feminino e não remunerado de cuidado familiar na sustentabilidade de processos históricos e políticos, evidencia os limites de tomar a relação público/privado como esferas separadas. Desse modo, tomar o cuidado aqui como elemento fundamental da organização social não significa compreender os arranjos observados como solução privada para problemas macroeconômicos, mas ressaltar os aspectos políticos e moralizadores que envolvem o seu exercício, na linha tênue entre a concepção de um direito a ser garantido pelo Estado e os arranjos interpessoais

que sustentam o bem-estar e condições básicas de existência para indivíduos e grupos. A contribuição que se busca a partir do presente trabalho é, portanto, seguir dando visibilidade a este “lado oculto” da história da RPB (Passos, 2011), tendo em vista a forma as cuidadoras se inserem no cotidiano institucional de um serviço de saúde mental e compartilham com este a gestão do cuidado, tomados aqui como vetores para pensar os sentidos da Reforma enquanto processo político.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S.; FUGERATO, A. R. F. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. **Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 79-88, 2015.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, jan.-mar. 2017.

AURELIANO, W. Emoções e (bio)ativismo: a construção dos afetos e dos direitos na era da genômica. *In*: **29ª Reunião Brasileira de Antropologia**, Natal, 2014. Disponível em: <http://www.29rba.abant.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNDoiYT0xOntzOjExOiJRRF9UUKFCQUxITyI7czoyOiI2MiI7fSI7czoxOiJoIjtzOjMyOiJmOGEzMzQ5ODgyYWNjNmNkOTNiNDNhOWZjMjFiY2IwZCI7fQ%3D%3D>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. *In*: _____. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 99-133.

BIROLI, F. Cuidado e responsabilidades. *In*: _____. **Gênero e desigualdades**: Limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018. p. 53-90.

BRIGGS, L. **How all politics became reproductive politics**: from welfare reform to foreclosure to Trump. Berkeley: University of California Press, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota técnica nº. 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BUTLER, J. Capítulo 1: Sujeitos do sexo/gênero/desejo. *In: _____*. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016, p. 17-70.

CAMATTA, C. S. **Focar aqui dentro, (não) esquecer lá fora: afetos e formas de habitar o cotidiano em uma unidade socioeducativa de internação no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 123 p., 2022.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CARNEIRO, U. S. S. **Sobre AFRontar a Casa-Grande e botar a cara no sol: uma etnografia transviada de formas de gestão do sofrimento**. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, UERJ. Rio de Janeiro, 2021, 278 p.

CARSTEN, J. A matéria do parentesco. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 6, n. 2, p. 103-118, jul./dez. 2014.

CARVALHO, C. Grupo de família como meio de cuidado em saúde mental: relato de experiência em um CAPSad. *In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. (Orgs.) Família na desinstitucionalização em saúde mental*. Teresina: EDUFPI, 2020, p. 211-229.

CHO, S.; *et al.* Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and praxis. **Signs**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 785-810, 2013.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. Tradução de Bianca Santana. **Parágrafo**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 6-17, jan/jun 2017.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002, p. 301-323.

CRUZ, N; *et al.* Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAS, V. O evento e o cotidiano. *In:* _____. Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: **Editora Unifesp**, 2020, p. 21-42.

DELGADO, P. G. Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. *In:* LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno Saúde Mental: a Reforma Psiquiátrica que queremos – por uma clínica antimanicomial**. Encontro Nacional de Saúde Mental, Escola de Saúde Pública de Minas gerais, Belo Horizonte, 2007, p. 59-65.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres, Editora UNB, 2013.

DROTBOHM, H. O cuidado além do reparo. **Revista Mana**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 1-23, 2022.

DUARTE, M. J. O. Movimentos e lutas sociais na saúde: o caso do movimento nacional da Luta Antimanicomial. **Em pauta**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 131-149, jul. 2010.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FAZZIONI, N. H. **Nascer e Morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de Cuidado**. 2018. Tese (doutorado em Sociologia e Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ. Rio de Janeiro, p. 212, 2018.

FERNANDES, C. O tempo do cuidado: batalhas femininas por autonomia e mobilidade. *In:* RANGEL, E.; *et al.* (Orgs.). **(Des)prazer da norma**. Papeis selvagens, p. 297-320, 2018.

FERNANDES, C. A força da ausência. A falta dos homens e do “Estado” na vida de mulheres moradoras de favela. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 206-230, dez. 2020.

FERREIRA, C. A emergência da adicção sexual, suas apropriações e as relações com a produção de campos profissionais. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 14, ago. 2013, p. 284- 318.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 1, n. 18, p. 1-23, 2012.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. *In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira: uma abordagem político-econômica. *In: RODRIGUES, C.; et al. (Orgs.). Problemas de gênero*. Rio de Janeiro: Funarte, 2016. p. 399-416.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HIRATA, H; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

HIRATA, H. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. *In: FARIA, N.; MORENO, R. (Orgs.) Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2010, p. 42-54.

HOCHSCHILD, A. Nos bastidores do livre mercado local: babás e mães de aluguel. *In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.) Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 185-200.

HOOKS, B. **Anseios: raça, gênero e políticas culturais**. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

JIMENO, M. Emoções e política: a vítima e a construção de comunidades emocionais. **MANA**, v. 16, n. 1, p. 99-121, 2010.

KANTORSKI *et al.* Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 60-66, 2019.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. Introduction. *In: _____*. **Social suffering**. London: University of California Press, 1997, p. ix-xxvii.

KLEINMAN, A. Care: in search of a health agenda. **The Lancet**, Londres, v. 386, n. 9990, 2015, p. 240-241

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. *In: HOLLANDA, H. B. Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. p. 206-242.

LEÃO, R. *Jamais peço desculpas por me derramar* /- São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

LIMA, A. C. S. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. *In: _____ (Org.). Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política/UFRJ, 2002, p. 11-22.

LIMA, E.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul.-set. 2014.

LIMA, A. O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise: Portugal entre o Estado providência e as relações interpessoais. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 46, p. 79-105, jan./abril 2016.

LINS, A. C. B. C.; *et al.* As mulheres no contexto de cuidado da pessoa com transtorno mental. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, 2019.

LOWENKRON, L. As várias faces do cuidado na cruzada antipedofilia. **Anuário Antropológico**, Brasília, 2016, v. 41, n. 1, p. 81-98.

LUGONES, M. G. ¿Matronato? Gestiones maternas de protección estatal. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700510002>. Acesso em: jun. 2002.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.155-170, 2017.

MACVARISH, J. The politics of parenting. *In: LEE et al.* **Parenting culture studies**. Palgrave Macmillan, 2014.

MAHMOOD, S. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. **Etnográfica**, Lisboa, v. 23, n. 1, p. 135-175, 2019.

MATOS, I. B.; *et al.* Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, jul. 2013. Disponível em: <https://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Matos>. Acesso em: 05 de mai. de 2022.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2012, v. 16, n. 40, pp. 107-120.

MEXKO, S; BENELLI, S. J. A política nacional de saúde mental brasileira: uma breve história estrutural. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, p. 33-48, 2022.

MOHANTY, C. T. Bajo los ojos de occidente. Academia Feminista y discurso colonial. Trad. de María Vinós. *In: NAVAZ, L. S.; HERNÁNDEZ, A.* **Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes**, Madrid: Ed. Cátedra, 2008, p. 112-161.

MOLINIER, P. Ética e trabalho do care. *In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.)* **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 29-43.

MONTANARI, P. M. Perfil sócio-ocupacional do trabalhador de saúde mental no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 06, n. 27, p. 24-29, 2009.

PASSOS, R. G. **Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira**: o lado oculto da história. Dissertação (mestrado em Política Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 87, 2011.

PASSOS, R. G. **Trabalhadoras do care na saúde mental**: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, p. 256, 2016.

PASSOS, R. G. Problematizando o cuidado em saúde mental: a profissionalização do care a partir dos serviços residenciais terapêuticos. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v.17, n.3, p. 175-194, set./dez. 2015.

PASSOS, R. G. “O lixo vai falar, e numa boa!”. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 301-309, maio/ago. 2021.

PASSOS, R. G.; PEREIRA, M. O. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. *In: _____*. (Orgs.) **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017, p. 25-51.

PEREIRA, M. O. **Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira**: experiências e agir político. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 537, 2019.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil**: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 244, 2004.

PERROT, M. O que é um trabalho de mulher? *In: _____*. **As mulheres, ou, os silêncios da História**. Bauru: EDUSC, 2005. p. 251-258.

PIEROBON, C. **Tempos que duram, lutas que não acabam**: o cotidiano de Leonor e sua ética de combate. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 325, 2018.

PIEROBON, C. O duplo fazer dos corpos: envelhecimento, adoecimento e cuidado na vida cotidiana de uma família. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 64, p. 1-16, 2022.

PIMENTEL, A. P. **O cuidado em saúde mental**: Reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p.193, 2018.

PINTO, S. **Daughters of Parvati**: women and madness in contemporary India. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2014.

PPGSC IMS-UERJ. **Políticas da reprodução**: perspectivas latino-americanas. Youtube, 20 set. 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=31RpbPrnh-4>. Acesso em: 02 jun. de 2023.

- QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 276-283, abr/jun 2007.
- QUITETE, J. B.; *et al.* Uma análise reflexiva do feminino nas profissões. **História da Enfermagem**: Revista Eletrônica, Brasília, v. 1, n. 2, p. 223-239, 201.
- RANDEMARK, N.; BARROS, S. O modo de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano: representações das famílias. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 515-524, out./dez. 2009.
- SANTOS, A. V. Grupo de escuta com familiares em centro de atenção psicossocial: um relato de experiência. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 198-209, 2019.
- SILVA, M. B. B. Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental. **Campos – Revista de Antropologia**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 99-115, 2007.
- SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.149-158, 2009.
- SILVA, M. B. B. O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias psicossociais e categorias antimanicomiais. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v.5, n.2, p.57-68, jul.-dez. 2013.
- SORJ, B. Estudos sobre o cuidado na sociologia: a contribuição de Nadya Araujo Guimarães e Helena Hirata. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 03, p. 1089-1097, set./dez. 2021.
- SORJ, B. Arenas de cuidado nas intersecções entre gênero e classe social no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 149, p.478-491, maio/ago. 2013.
- SOUZA, W. D. S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 933-939, jul./ago. 2001.
- TANZI, R. A. S.; YASUI, S. Associações de usuários, familiares e amigos da luta antimanicomial: breve histórico e cenário atual. *In: Anais do XXXIV Congresso de Iniciação Científica da Unesp*: reflexos da pandemia no letramento e na cultura científica (Online). 2022. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/XXXIVCICUNESP/605885-ASSOCIACOES-DE-USUARIOS-FAMILIARES-E-AMIGOS-DA-LUTA-ANTIMANICOMIAL--BREVE-HISTORICO-E-CENARIO-ATUAL>. Acesso em: 01 de mai. de 2023.
- TRONTO, J. **Moral boundaries**: a political argument for an ethic of care, Nova Iorque, Londres: Routledge, 1993.
- TRONTO, J. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.
- TSU, T. A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Edusp, 1993.

VASCONCELOS, E. Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. *In: _____*. **Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008, p. 27-55.

VASCONCELOS, E. Dispositivos associativos e luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. *In: _____*. **Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008b, p. 56-141.

VASCONCELOS, E. **Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

VASCONCELOS *et al.* **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014.

VELHO, G. Observando o Familiar. *In: NUNES, E. O. A aventura sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

VIANNA, P. C. M *et al.* Grupo de familiares: espaço de cuidado para as famílias de portadores de sofrimento mental. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 607-613, out./dez. 2009.

VIANNA, P. C.; BARROS, S. A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 275-282, abr./jun. 2004.

VIANNA, A.; LOWENKRON, L. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 51, 2017.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Síndrome de Burnout nos trabalhadores da Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2021, v. 45, p. 390-399, 2021.

ZANELLO, V. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. Curitiba: Editora Appris, 2018.