



NOVAS CONFIGURAÇÕES DO “CARE” NO BRASIL: UM OLHAR PARA AS MULHERES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

NEW SETTINGS OF “CARE” IN BRAZIL: A LOOK FOR WOMEN IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

Rachel Gouveia Passos¹

RESUMO

O presente artigo visa contribuir com uma breve análise das novas configurações da provisão do cuidado promovido pelas mulheres no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, apontando algumas particularidades desse processo na sociedade capitalista. Procura-se identificar nas transformações da divisão sexual do trabalho a subalternidade constituída em relação ao trabalho do “care”. Assim, torna-se relevante sinalizar as novas reconfigurações da opressão que se constituem em relação à questão de gênero e que perpassam o cuidado da pessoa com transtorno mental.

Palavras-chave: Gênero. “Care”. Saúde Mental.

ABSTRACT

This paper aims to contribute with a brief analysis of the new settings in the provision of care promoted by women in the context of Brazilian psychiatric reform, pointing out some particularities of this process in capitalist society. It seeks to identify in the changes of sexual division of labor the subordination constituted in relation to the work of “care”. Thus, it becomes relevant to signal the new reconfigurations of oppression that are constituted in relation to gender issue and that underlie the care of mental patients.

Keywords: Gender. “Care”. Mental Health.

Submetido em 24/01/2014

Aceito em 17/09/2014

¹ Assistente Social, Especialista em Saúde Mental, Mestre em Política Social pela UFF, Doutoranda em Serviço Social pela PUC/SP. E-mail: rachel.gouveia@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A partir da investigação que tem sido elaborada para a construção da tese de doutoramento², uma das indagações que têm provocado inquietações diz respeito à atualização da opressão de gênero por meio do trabalho do “care” efetuado pelas mulheres trabalhadoras no campo da saúde mental. Assim, mediante pesquisa e revisão de literatura específica sobre gênero, saúde mental e “care”, busca-se levantar neste artigo elementos para construir o debate junto ao Serviço Social.

É de fundamental importância identificar na constituição do cuidado em saúde mental as relações de gênero, já que, no cenário atual, têm se reconfigurado opressões que foram construídas historicamente em relação às mulheres. De acordo com Cisne (2012, p. 22), “a perspectiva de análise de gênero possibilita perceber que a subalternidade conferida às mulheres é resultado de uma construção social, portanto histórica, e não de uma essência natural feminina”.

Com isso, denota-se que é necessário analisar nas atuais configurações como tem se constituído o cuidado na saúde mental, já que a reforma psiquiátrica surge com o questionamento acerca da centralidade do cuidado no modelo biomédico e suas formas de controle e intolerância aos sujeitos que possuem limites de administrar seu adoecimento, ou seja, aqueles que estavam em maior vulnerabilidade social e econômica.

Nesse sentido, o movimento de reforma psiquiátrica busca transformar o paradigma manicomial, propondo um “outro lugar” social ao sujeito com transtorno mental, bem como construir uma nova noção do cuidado em saúde mental. É nessa forma de viabilizar o cuidado que pretendemos localizar a opressão de gênero e a sua convocação para a produção de encargos nesse singular modo de “operar o cuidado”³.

2 O projeto de pesquisa da tese de doutorado, denominado “Cuidado e cuidadoras: o ‘care’ no contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira”, encontra-se em andamento, vinculado ao Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da PUC/SP. Neste artigo, apresenta-se uma análise inicial sobre o assunto, como resultado preliminar de pesquisa e revisão bibliográfica.

3 Termo utilizado por Leal e Delgado (2007, p. 137) e que será adotado ao longo do artigo.

Portanto, o presente texto, a partir de uma reflexão teórica e crítica, tem por objetivo contribuir com reflexões acerca do provimento do cuidado ofertado pelas mulheres na saúde mental, sendo que esse cuidado tem sido utilizado pelo modelo capitalista para reproduzir opressões e manter a divisão sexual do trabalho. Objetiva apontar a necessidade de maior aprofundamento sobre essa profissionalização e transformações de práticas que reproduzem a opressão de gênero e, assim, refletir acerca de caminhos que possibilitem construir uma nova ordem societária sem qualquer discriminação e exploração.

NOVAS FORMAS DE CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

Foi no contexto de transformação econômica que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ganhou força e corroborou-se enquanto estratégia de um novo modo de “operar o cuidado” para a pessoa com transtorno mental. Tem-se o questionamento do modelo da psiquiatria tradicional⁴ no qual a centralidade do cuidado estava no manicômio e no isolamento. Procura-se, assim, construir formas mais humanas de tratamento, pensadas como capazes de promover a liberdade, a autonomia, e evitar a “cronificação” de novos casos.

Durante a década de 1970, a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso, tendo como cenário a ditadura militar e as necessidades de mudanças políticas, econômicas e culturais do país. O contexto era de reivindicações de mudanças políticas e luta dos movimentos sociais. Sendo assim, para Ferreira (2006, p. 133), a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país.

⁴ É importante destacar as principais premissas que regiam o modelo tradicional de tratamento, sendo a principal delas a que fundou o hospício. Conforme apontam Alves e Guljor (2004, p. 221): “é preciso isolar para conhecer, conhecer para intervir – ou seja, esse paradigma apontava o isolamento como um instrumento de tratamento”. Tais premissas nascem na Europa com Pinel, onde, segundo Castel (1991, p. 81), reuniu três dimensões heterogêneas na aparência, considerando que sua articulação fará a síntese alienista, ou seja, “classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o ‘tratamento moral’”. Nesse caminho, é que se constitui um saber moralizante e estritamente médico do cuidado psiquiátrico.

No início dos anos 1990, estabelece-se enquanto política pública, tendo como governo Collor de Mello, ocorrendo nesse período a introdução do modelo neoliberal no Estado brasileiro. Com isso, a Reforma tentou não se afastar do movimento social, procurando sempre trazer as questões do cotidiano para a gestão pública. Como é uma política que está no campo da proteção social, sofreu impactos da redução de investimentos por parte do Estado e de suas responsabilidades sociais.

Mesmo diante de um cenário que implica redução das ações estatais, consegue-se constituir redes de serviços com o objetivo de evitar que as pessoas cheguem a precisar de internação: a proposta é definir diversas estratégias e formas de serviços diversificadas para os cuidados dos usuários da saúde mental. Os projetos que tentam produzir mudanças substanciais na vida dos que já estão “cronificados” nas instituições têm mais dificuldade de irem adiante.

No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização⁵, o que vai exigir não apenas um processo de desospitalização⁶, mas também a criação de novas práticas e novos espaços assistenciais. Propõe-se também um processo de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas tradicionais.

Com tais propostas de mudanças, buscam-se estratégias e outras formas de cuidados com vistas à inserção social dos usuários institucionalizados. Segundo a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, foram aprovadas quatro diretrizes para o processo de desinstitucionalização, que garantem a assistência integral e de qualidade, de acordo com a Lei n. 10.216/01. Destacamos três delas:

- *Superação do modelo asilar*: a efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/

5 É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano, de forma positiva e concreta, ou seja, com a criação de serviços responsáveis pelo cuidado no território de moradia, sem gerar negligência social. Para maior aprofundamento sobre o assunto, ver: Basaglia (2005) e Rotelli, Leonardis e Mauri (2001).

6 A desospitalização é a alta hospitalar de usuários internados há longos períodos nos hospitais psiquiátricos.

substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade;

- *Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos:* a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral aos usuários de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização;
- *Serviços Residenciais Terapêuticos:* o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Embasada nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Italiana, foi que a RPB direcionou-se e estabeleceu-se em uma conjuntura distinta. Nesse caminho, propõe-se a superação do hospital psiquiátrico por meio de serviços substitutivos que dialogam junto à comunidade e à família, a fim de proporcionar uma gestão compartilhada do cuidado e, assim, buscar promover e viabilizar a cidadania.

É importante destacar que a experiência italiana de desinstitucionalização foi a “única nas sociedades industriais que aboliu a internação no Hospital Psiquiátrico do conjunto de prestações e serviços de saúde mental” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 17), o que significa a extinção desse modelo e de seus valores e ética.

Os autores colocam em evidência que a verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que

nascerem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 18).

Esse caminho é denominado por Venturini (2010, p. 142) como uma “nova maneira de entender a saúde e a doença. Afundou-se em raízes nos movimentos dos direitos civis dos anos 1960-1970, que se apoiava num rico passado científico, filosófico”, em que no início o “foco ficava centrado apenas na superação da instituição do manicômio, mas sucessivamente se estende para todas as práticas que acompanham e seguem este processo”.

Com a transformação do objeto de intervenção em relação ao cuidado a ser prestado, o processo de desinstitucionalização redefine referências de abordagem e vê-se diante de uma imensa complexidade voltada ao sujeito, não mais se limitando à produção de “cura”, mas, tão logo, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 30), constitui-se enquanto “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. Ou seja, torna-se necessário enxergar a pessoa e suas experiências de sofrimento.

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para *transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser a “doença” torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição

para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Tal perspectiva objetiva o desmonte da lógica manicomial não apenas para a sociedade, mas, sobretudo, em relação ao usuário consigo mesmo. A transformação de uma determinada forma de opressão somente pode ser destituída a partir da reflexão e do desfacelamento de sua existência. Não é buscando a cura desse sujeito que se constitui mudanças, e sim o oportunizando de existir de “outra forma na sociedade”, não somente na sua relação existencial consigo, mas também em relação com as demais pessoas.

Para tanto, faz-se necessário que algumas mudanças ocorram e sejam engendradas para que a desinstitucionalização possa ser efetivada de fato:

Eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 32).

Diversos sujeitos assumiram o lugar de “loucos” por não responderem para a sociedade as expectativas que se tinha deles. Por isso, criaram-se instituições e uma ciência para controlar e ajustar os comportamentos. É claro que, com essa nova postura acerca da loucura, o transtorno mental talvez não se anule, mas se retiram os motivos, mudam-se os processos e as formas como esse sofrimento entra no cotidiano da vida de uma pessoa e se estabelece nas relações sociais. Nesse sentido, a desinstitucionalização é uma utopia da transformação de um dado modelo de sociedade buscando a superação de uma ética excludente.

Em síntese, o processo de desinstitucionalização é caracterizado por três aspectos que vão tomando corpo, pouco a pouco, à medida que o manicômio vai se desmontando, e que representam sua

conotação de fundo: a) *A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;* b) *A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;* c) *A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados* (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 36, grifos dos autores).

SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

É importante destacar que os novos serviços se distinguem radicalmente em relação ao cuidado prestado pelo manicômio. Nesse caminho de mudança do cuidado em saúde mental, surgiu a implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial, regulamentados pela Lei 10.216/2001. São múltiplos os serviços que atualmente compõem a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Centros de Atenção Psicossocial, leitos em hospital geral, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, hospitais-gerais, cooperativas etc.

De acordo com Alves e Guljor (2004, p. 230), nos últimos anos, o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde, para ser o gerenciador da rede de cuidados em saúde mental, regendo a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos, corresponde aos CAPS⁷ (centro de atenção psicossocial), que se tornaram o

⁷ **Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS.** Os CAPS I são de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Esses serviços têm uma equipe mínima de 9 profissionais, com nível médio e superior, e uma clientela de adultos com transtornos mentais. Funcionam 5 dias na semana. Os CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica desses serviços é adulta, com transtornos mentais severos e persistentes. A equipe

modelo central na experiência brasileira. Tais serviços possuem pressupostos distintos do modelo anterior, estando situados na comunidade e com as portas abertas. É ele o dispositivo organizador de um modelo de cuidado no território, tornando-se, ao mesmo tempo, um “instrumento político de difusão de determinada forma de cuidar e um serviço potente em si”.

Cabe destacar que o primeiro dispositivo a ser inaugurado no Brasil foi o CAPS Luiz Cerqueira, localizado na cidade de São Paulo, no ano de 1987, e gerido pela Secretaria Estadual de Saúde. Funcionava em regime de atenção diária, de segunda a sexta, sendo 8 horas/dia. Em relação aos equipamentos municipais, os primeiros surgiram na cidade de Santos (SP), em 1989, e eram “voltados para a organização de uma rede de suporte em saúde mental [denominados de] NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), [...], cujo funcionamento era de 24 horas/dia, com leitos de acolhimento noturno”⁸ (ALVES; GULJOR, 2004, p. 230).

mínima é formada por 12 profissionais, com ensino médio e superior, funcionando cinco dias na semana. Os **CAPS III** são serviços de maior porte da rede CAPS, que dão cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Essa modalidade se faz presente hoje na maioria nas grandes metrópoles. **CAPS III** são de alta complexidade, uma vez que funcionam 24 horas, todos dias da semana; têm, no máximo, cinco leitos para internações de curta duração e fazem acolhimento noturno. A equipe mínima é de 16 profissionais (com ensino médio e superior). Os **CAPSi** são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. A equipe mínima é de 11 profissionais, com nível médio e superior. Os **CAPSad** são serviços especializados no atendimento a pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou por localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte da rota do tráfico de drogas). A equipe mínima é de 13 profissionais, com nível médio e superior.

8 Segundo Guljor (2003, p. 55), “nNessa época assumiu o governo o Partido dos Trabalhadores (prefeita Telma de Souza), um partido com posicionamentos de esquerda e tradicionalmente comprometido com as lutas sociais. A proposta de resgate da cidadania e participação popular deu início a uma série de mudanças no âmbito das políticas públicas, com ênfase nas ações de saúde pública e educação. Como secretário de Saúde, assumiu o Dr. David Capistrano, reconhecido nacionalmente por suas formulações progressistas e importante personagem na construção do Sistema Único de Saúde. O final da década de 80 inaugurava um novo contexto político. O Sistema Único de Saúde havia sido aprovado em 1988, bem como a Constituinte promulgada. Em 1989, o país passava por uma grande efervescência, fruto das eleições presidenciais, em que estavam em disputa dois projetos políticos que caracterizavam a esquerda e a direita brasileiras”.

Nesse período, ocorreu a primeira intervenção e desmonte de um hospital psiquiátrico, que se deu na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, no dia 3 de maio de 1989. Houve denúncia de maus-tratos e mortes em relação àquela instituição, produzindo grande repercussão. “As denúncias receberam intenso destaque da mídia e foram acompanhadas de uma tomada de posição do poder municipal, o qual, inicialmente através da supervisão hospitalar, determinou o prazo de uma semana para a instituição transformar a situação crítica encontrada” (GULJOR, 2003, p. 55).

Com a implantação progressiva de tais serviços como estratégias centrais no desmonte da lógica manicomial, o fechamento dos hospitais vem ocorrendo ao longo dos anos; entretanto, tem-se estabelecido outro grande desafio: a desinstitucionalização. Esse desafio permanente é destacado para Guljor e Pinheiro (2007, p. 66) como uma necessidade de apontar uma intervenção que direcione para a construção de um novo valor social, ou seja, “para a busca de uma transformação ética da sociedade que subsidie práticas solidárias voltadas para a inclusão social”. É preciso dialogar com a sociedade acerca desse novo modo de “operar o cuidado”⁹, já que tais dispositivos encontram-se na comunidade e esses sujeitos, outrora internados, passam a conviver com os desafios do cotidiano da cidade e das relações sociais.

Esse “novo” conviver e se relacionar com a sociedade apresenta tensões que perpassam as relações desiguais instituídas em uma sociedade de classes. Com uma proposta que visa buscar a transformação dos valores que instituem e doam um determinado lugar social ao “louco”, torna-se imprescindível pensar nas múltiplas necessidades sociais que perpassam a sobrevivência desse sujeito. Para tanto, os novos serviços vão incorporar ações para atender as demandas sociais dos usuários, o que significa outras estratégias de intervenção diante da realidade complexa. Sendo assim, não vão proporcionar uma desospitalização irresponsável, deixando os usuários à mercê da própria sorte (FERREIRA, 2006, p. 140).

⁹ Termo utilizado por Leal e Delgado (2007, p. 137) e que será adotado ao longo do texto.

Nos anos 1990, na cidade de Campinas, ocorre uma experiência inovadora no processo de desmonte do Hospital Psiquiátrico Dr. Candido Ferreira através de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Iniciou-se a implantação de um novo modelo voltado para “a ressocialização e desospitalização da clientela internada, para o oferecimento de internação de curta permanência em crises agudas, para o acompanhamento através do Hospital-Dia e da reinserção no mercado de trabalho através de oficinas de trabalho” (FURTADO; PACHECO, 1997, p. 85). Naquele momento, a Unidade de Moradores do Cândido possuía 140 internos que estavam “divididos, segundo o grau de autonomia, em quatro alas e duas moradias extra-hospitalares, intercambiáveis entre si, com indivíduos de ambos os sexos”.

Segundo a descrição da experiência apresentada por Furtado e Pacheco (1997, p. 95), o projeto, idealizado em 1990, acerca das moradias extra-hospitalares, “foi destinado a uma fração desta população moradora que possuía condições mínimas suficientes para viver fora da instituição, constituindo a única alternativa viável para sua desospitalização”. Assim, foram instituídas duas casas, em bairros distintos, e organizadas com cuidados diferenciados, de acordo com o diagnóstico dos moradores, sendo que sua manutenção fora custeada pelos recursos que eram destinados à internação dos usuários, já que naquele momento encontravam-se ainda vinculados de forma burocrática ao hospital.

A primeira residência denominou-se de “Lar Abrigado” e foi inaugurada em dezembro de 1991. A princípio, seu planejamento era de receber “seis moradores com autonomia suficiente para dispensar a monitorização constante por parte da equipe do Hospital que [limitava] seu aporte a uma visita semanal” (FURTADO; PACHECO, 1997, p. 86). Já a segunda residência chamou-se “Pensão Protegida” e foi inaugurada em janeiro de 1995, ambas na cidade de Campinas. Essa segunda casa tinha um “grupo de sete moradores com um menor grau de autonomia e que contavam com o aporte de um grupo operativo semanal de monitorização (8 horas/dia) exercida por uma assim chamada

‘governanta’¹⁰”. Nesse determinado momento, as moradias se mostraram eficazes em “propiciar a seus usuários condições dignas de alojamento e subsistência, aproximando-se, nestes aspectos, dos objetivos gerais preconizados para estas, de oferecer ao paciente psiquiátrico espaço e suporte particularizados e não manicomial” (FURTADO; PACHECO, 1997, p. 89).

De acordo com Ferreira (2006), um dos grandes motivos da ocupação dos manicômios ainda hoje se dá devido à questão da moradia. Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2007-2010), são fechados ao ano 1700 leitos psiquiátricos. Já no Informativo da Saúde Mental¹¹, o Brasil tinha, no ano de 2002, 51.393 leitos psiquiátricos, sendo que em 2011 já se contabilizavam 32.284 leitos. Isso demonstra quantos usuários ainda se encontram internados e quanto ainda se precisa investir na rede de atenção psicossocial.

A experiência de Campinas e a de tantas outras espalhadas no Brasil possibilitaram o avanço da RPB, não restringindo suas estratégias apenas ao espaço de tratamento, mas se constituíram no intuito de elaborar ações voltadas para outras necessidades desses sujeitos. Todavia, essas residências somente se tornaram um dispositivo formal componente da rede pública de saúde mental nos anos 2000, quando foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde.

Em 11 de fevereiro de 2000, regulamentam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos¹² (SRT) ou Lares Abrigados¹³, sendo

10 Grifo nosso.

11 Ano VII, n. 10, março de 2012. Acesso em: 09 jan. 2014.

12 De acordo com a Portaria 106/2000 que regulamenta tais dispositivos, “entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção”. Com a Portaria 857/2012, ficam instituídas duas modalidades SRT, que se dão de acordo com a complexidade da moradia e do financiamento, dividindo-se em SRT tipo I (que poderá ter até 8 moradores) e tipo II (que poderá ter até 10 moradores).

13 Segundo Barros e Josephson (2001, p. 61), “os primeiros lares abrigados foram criados em São Paulo e no Rio Grande do Sul. [...] Seguindo os moldes da reforma, a proposta relativa aos lares abrigados objetivava, inicialmente,

estes “casas assistidas para que as pessoas (comprometidas psicologicamente) com grave precariedade da rede social possam sair do hospital psiquiátrico” (ALVES; GULJOR, 2004, p. 233). Essas residências devem estar localizadas nas cidades, fora do espaço asilar, destinadas prioritariamente àquelas pessoas que têm longa data de internação e/ou que perderam o vínculo familiar. “Esse dispositivo produz novas modalidades de cuidado e acolhimento a ex-moradores de hospitais, além de proporcionar um espaço de reintegração psicossocial do paciente na sociedade, tendo como eixo o domicílio – Residência Terapêutica” (FREIRE, 2008, p. 3).

A proposta de implantação de residências terapêuticas está diretamente articulada com a diminuição dos leitos psiquiátricos. Para cada pessoa com transtorno mental que é desinstitucionalizada e inserida na RT, o leito deve ser fechado e o recurso financeiro realocado ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH) para o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI). A inversão do modelo assistencial é acompanhada também pelo deslocamento do financiamento, “desinvestindo” no manicômio, para investir na rede de atenção psicossocial. O dinheiro acompanha o usuário. Nesse caso, não se trata de recurso novo, mas de uma reorientação de recurso financeiro (FREIRE, 2008, p. 5).

Vasconcelos (2006) aponta que além da importância assistencial desses serviços outro papel fundamental que se apresenta está relacionado aos recursos para a política de saúde mental. Problematiza-se que é preciso evitar a extinção dos recursos devido ao fechamento das instituições manicomial ou pela morte dos usuários idosos. “Assim, o processo de desinstitucionalização requer a conversão e desconcentração desses recursos, não só como forma de implementar serviços substitutivos [...] mas também como estratégia de evitar que esses recursos sejam apenas extintos” (VASCONCELOS, 2006, p. 99).

Apesar da expansão dos serviços desde a regulamentação da portaria, o número ainda é reduzido. Segundo o Informativo de

retirar as pessoas das enfermarias, deslocando a ênfase do tratamento, atrelada à lógica medicalizadora, para alternativas crescentes de maior participação do usuário na gestão de sua vida e na diversificação de contato com o espaço urbano”.

Saúde Mental¹⁴, no Brasil, percebe-se um avanço durante os anos de 2002-2010, quando foram implantados 625 SRT. Entretanto, essa demanda é insuficiente, já que ainda há pessoas residindo em hospitais psiquiátricos, o que demonstra a negação de acesso daqueles que precisam e lutam para viver. “Em termos gerais, o direito ao cuidado inclui o direito de viver dignamente na sociedade, sendo cuidado também [a] inclusão social” (DELGADO, 2006, p. 29).

Além da redução de leitos e da implantação das residências terapêuticas, foi possível a implementação de um benefício para pessoas com transtorno mental e egressas de hospitais psiquiátricos por no mínimo de dois anos, possibilitando recursos financeiros. Em 1996, foi criado pelo Programa de Saúde Mental de Angra dos Reis o projeto “De Volta para Casa”, que tinha como objetivo a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais e o retorno às suas residências de origem e ao atendimento a uma ampla rede de recursos assistenciais e de cuidados. Conforme Ferreira (2006, p. 140), a prefeitura de Angra dos Reis criou políticas que pudessem viabilizar a alimentação, a reconstrução das moradias, prestando assistência social e de saúde a essas pessoas. “Dessa forma, houve o retorno para o núcleo familiar dos pacientes que estavam fora do município. Em decorrência deste trabalho pioneiro em Angra dos Reis, o Governo Federal criou, em 2003, a lei 10.708¹⁵, intitulada ‘De Volta para Casa’¹⁶”.

Com o Programa “De Volta para Casa”, instituído nacionalmente através de sua regulamentação, tem-se garantido o benefício de R\$240,00, sendo que no período compreendido de

14 Ano VII, n. 10, março de 2012. Acesso em: 09 jan. 2014.

15 No artigo 1º dessa Lei, “fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei”.

16 De acordo com o artigo 5º da Lei 10.216/2001, “o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário”.

2004 a 2007 “o governo previa a inclusão de cerca de três mil beneficiários por ano no programa [...], com meta total de 14 mil usuários ao final do período. Entretanto, a partir de sua criação, em 2003, o projeto enfrentou muitas dificuldades e obstáculos” (VASCONCELOS, 2006, p. 56).

De acordo com o Informativo de Saúde Mental¹⁷, até fevereiro de 2012 havia mais de 4.000 beneficiários do programa, cujo crescimento se deu especialmente devido ao fechamento de hospitais psiquiátricos, sobretudo nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, contribuindo de forma significativa para o aumento de pessoas cadastradas no programa. Tal fato demonstra que o processo de desinstitucionalização possui três estratégias principais: a redução de leitos, os serviços residenciais terapêuticos e o “De Volta para Casa”.

A “PROFISSIONALIZAÇÃO” DO CUIDADO: UM OLHAR PARA A QUESTÃO DE GÊNERO

Com a criação das residências terapêuticas, entende-se que para viabilizar aos usuários a construção progressiva de sua autonomia nas atividades da vida cotidiana torna-se imprescindível a atuação de um profissional que necessariamente não precisa ter uma formação específica. De acordo com a Portaria n. 1220/2000, que está ligada ao SRT, estabelece-se a atividade de “Cuidador em Saúde” relacionado às residências terapêuticas. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 12):

O cuidador é um profissional importante no projeto. Ele passa a operar em uma residência e isso causa impactos importantes. Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos

¹⁷ Ano VII, nº 10, março de 2012. Acesso em: 09 jan. 2014.

trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar.

A partir das diretrizes apontadas pela legislação e pelas recomendações do Ministério da Saúde, observa-se que não há uma formação ou capacitação específica para a atuação do cuidador, nesse caso no campo da saúde mental. De acordo com o Guia Prático do Cuidador (2008, p. 8), organizado pelo Ministério da Saúde para o campo da gerontologia, destaca-se que a função do cuidador é “acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha”. Não fazem parte dessa rotina “técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área da enfermagem”¹⁸. Nesse Guia, as informações restringem-se ao cuidado ao idoso, o que coloca desafios à prática do cuidador na saúde mental. Isso demonstra a não introdução de uma instrumentalização específica nem um olhar mais aprimorado a esse modo de cuidar.

Em pesquisa realizada por Neto e Avellar (2009, p. 112) em um SRT inaugurado em 2006, localizado no estado do Espírito Santo, apresenta-se o perfil dos cuidadores. Para a pesquisa, participaram seis cuidadores, sendo cinco do gênero feminino e um do masculino. Apesar de ser uma pequena amostra do perfil dessa ocupação, já sinaliza que a maioria dos cuidadores no campo da saúde mental são mulheres e de que essa atividade reatualiza as supostas “obrigações” doadas ao gênero feminino¹⁹.

Pode-se destacar também o Projeto de Apoio a Desospitalização (PAD), que surgiu em 1995 como proposta de acompanhar os usuários internados a longo período, os quais

18 Cabe destacar que há distinções entre as práticas de atuação da enfermagem e dos cuidadores, sendo que a enfermagem é uma profissão regulamentada e a de cuidadores ainda está em tramitação. Segundo Aguiar *et al.* (2013, p. 154), “a legislação específica para enfermagem originou-se com a publicação do Decreto n. 791 de 27 de setembro de 1890, que criou uma Escola de Enfermagem no Brasil, denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício Nacional dos Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro”. Dessa maneira, “a enfermagem brasileira iniciou seu processo de tornar-se uma profissão, em 1890, com a institucionalização do seu ensino”.

19 Para maior aprofundamento acerca da pesquisa, buscar Neto e Avellar (2009).

seriam desospitalizados e reencaminhados as suas famílias de origem. Segundo Belmonte (2006, p. 190), apesar de o PAD não ter acontecido devido à ausência de recursos técnicos, ele foi a engrenagem para que ocorresse o projeto do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar (CBAD). Em 2005, a denominação do curso muda para Curso de Qualificação na Atenção Diária em Saúde Mental, completando seus dez anos de existência, sendo ele pioneiro na capacitação para a desinstitucionalização. A autora destaca que o curso tinha a proposta de cuidados na atenção diária em saúde mental, formando os acompanhantes domiciliares, hoje cuidadores.

O cuidador, conforme Belmonte (2006, p. 191), “é uma pessoa chave”²⁰ para o processo de desinstitucionalização por ser uma ação que demande mais dedicação e maior assistência aos usuários que estavam internados em longo prazo. Com isso, desde a primeira turma do CBAD até 2005, formaram-se 198 alunos, sendo desse total, 18,3% homens e 91,7% mulheres. Assim, fica notório o quanto as mulheres atuam na produção do cuidado em saúde mental. A autora destaca também que, “apesar da exigência mínima ser o ensino fundamental, a escolaridade dos alunos concluintes concentra-se no ensino médio (65%). Com apenas o ensino fundamental, temos 9%, e com nível superior, 26%” (BELMONTE, 2006, p. 192).

Nesse caminho, Guimarães e Hirata (2011, p. 154) destacam que o trabalho do cuidado “têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais (talvez seja por isso mesmo), no caso brasileiro, têm estado associados com a submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres, brancas ou negras (posteriormente)”. Esse cuidado é reportado por elas como o “*care*”²¹, também relacionado como o “conjunto de medi-

20 Segundo Belmonte (2006, p. 191), a tarefa “fundamental [do cuidador] é estar ao lado de determinados clientes que se encontram em maior dificuldade ou em momentos de crise, tornando-se a referência para o suporte a ser oferecido a essas pessoas e às suas famílias, acompanhando-os ora nas tarefas do dia a dia e no deslocamento casa-serviço/serviço-casa, ora em atividade de lazer, estudo e trabalho”.

21 Para Hirata (2010, p. 48), o “*care*” seria “o tipo de relação social que se dá tendo como objeto outra pessoa. Descascar batatas é *care*, mas de uma forma muito indireta: é *care* porque preserva a saúde do outro ser. Fazer com que

das públicas necessárias para o bem-estar (*welfare*) da população em num Estado-providência”.

No Brasil o debate sobre “*care*” ocorre devido às novas configurações do modelo tradicional de família, em que se tem a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho. Essa inserção deu-se de forma acentuada durante o período dos anos 1920 e 1980, intensificando-se na década de 1990 com a ampliação da industrialização e da urbanização de atividades voltadas para o operariado industrial, como as fábricas têxteis e profissões direcionadas ao cuidado (NOGUEIRA, 2004).

Contudo, essa intensa inserção ocorre de modo precarizado e relacionado às atividades de caráter doméstico, profissões desvalorizadas não apenas pelo fato de serem exercidas predominantemente por mulheres, mas por serem profissões do cuidado. “Dessa forma, entende-se que a subordinação da mulher no mundo do trabalho está vinculada à naturalização de papéis e ao desenvolvimento de habilidades ditas femininas, voltados a atender os interesses do capital” (CISNE, 2012, p. 117).

O cuidado de pessoas é inserido mais enfaticamente na relação hierárquica e diferenciada da divisão sexual do trabalho como uma atividade subalterna, com valor social insignificante, pois como foi referenciado à condição biológica da mulher, naturalizou-se e apesar de produzir valor de uso, não foi incorporado no valor de troca, e, por isso, não se transformou em um trabalho reconhecido socialmente, e assim não se tornou remunerado. Ou seja, a mulher passou a ser ainda mais fortemente considerada uma “cuidadora amorosa por natureza” (ROSA, 2008, p. 188-189).

Essa nova configuração do trabalho feminino e do cuidado envolve não apenas mudanças econômicas, mas também mudanças de um *ethos* que cercam os papéis sociais e a provisão do cuidado. Na Constituição Federal de 88, podemos perceber

outro ser continue com saúde implica cozinhar, alimentá-lo, pois precisa desse cuidado material, físico. Então, pode-se dizer que tudo faz parte do *care*, mas aí não teríamos mais uma definição rigorosa de *care*. [...] Então, é importante estudar o que é o trabalho doméstico remunerado e o que é a relação social de cuidado, quando ele se profissionaliza”.

a convocação para a responsabilização não somente do Estado, mas também da família ao provimento do cuidado para aqueles sujeitos que necessitam de determinada proteção. As políticas sociais seguem a mesma direção, aderindo a esse discurso, como nos mostra a RPB, que convoca os familiares enquanto “parceiros do cuidado”.

Cabe destacar que ocorre um tensionamento quando se realiza um corte de classe em relação ao trabalho feminino: “ao mesmo tempo em que aumenta o número de mulheres em profissões de nível superior, cresce o de mulheres em situação precária (desemprego, flexibilidade, feminização das correntes migratórias)” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 603). Com esse fenômeno, tem-se a feminização da pobreza, em que as delegações dos cuidados dão-se de formas distintas: enquanto as mulheres pobres não possuem recursos, as mulheres da classe média e alta apresentam meios e recursos para delegar a outras mulheres as tarefas domésticas e familiares.

Outro traço da polarização do trabalho feminino vai acontecer nas atividades profissionais femininas que estão concentradas em setores como serviços pessoais, saúde e educação. Hirata (2001, p. 148) chama a atenção para uma bipolarização: “num extremo, profissionais altamente qualificadas, com salários relativamente bons no conjunto da mão de obra feminina, e, no outro extremo, trabalhadoras ditas de ‘baixa qualificação’, com baixos salários e tarefas sem reconhecimento nem valorização social”, ficando como exemplo o caso das cuidadoras no campo da saúde mental.

Enfim, é nesse cenário de precarização, subalternidade, reprodução da desvalorização do trabalho do cuidado que estão inseridas as mulheres cuidadoras da saúde mental. São essas mulheres (pobres, sem formação, em sua maioria negra) que estão sendo convocadas a exercerem o “encargo” de cuidadoras tanto na esfera da reprodução quanto na esfera da produção, merecendo melhor aprofundamento acerca da questão. Nesse sentido, torna-se fundamental um olhar mais atento para os discursos que permeiam a defesa do provimento de cuidado para as pessoas com transtorno mental para que em nome da liberdade,

autonomia e emancipação destes não se reproduzam novas configurações da opressão de gênero.

À GUIA DE CONCLUSÃO

É fundamental destacar que a RPB convoca as mulheres a ocuparem a prática do cuidado no intuito de desconstruir a tecnicificação da atenção das atividades da vida cotidiana. Esse argumento é levantado por Figueiredo e Frare (2008 *apud* NETO; AVELLAR, 2009, p. 114), citando que “a não especialização dos cuidadores [...] é uma tentativa de evitar a patologização de comportamentos dos moradores, buscando um olhar não técnico sobre a população dos serviços. Dessa forma, os cuidadores ‘sabem que não sabem’”. Entretanto, sem se perceber reproduz-se uma atualização da opressão de gênero em relação à perpetuação da subalternidade e da desqualificação do trabalho do cuidado exercido pelas mulheres.

Isso fica claro em relação a uma prática que não está definida para esse profissional. Logo, utilizará os conhecimentos adquiridos em sua experiência de vida, ou seja, buscará na “tradição dos cuidados” perpassados entre as famílias estratégias para lidar com esse modo de cuidar. Nesse sentido, são reproduzidos valores conservadores transcorridos entre gerações nesse modo de “operar o cuidado”, o que pode produzir novas ações manicomiais²². É importante destacar que a lógica manicomial não é estritamente institucional, sendo também sociocultural e ética, perpassando de geração em geração um “lugar e um destino social” para o louco: o de exclusão, do estigma, do manicômio, do isolamento etc.

Com isso, deixo aqui indagações acerca da profissionalização da prática do cuidado que sempre foi exercido pelas mulheres na esfera da reprodução. Entretanto, tais práticas tomam configurações políticas por estarem inseridas em uma proposta

²² Segundo Neto e Avellar (2009, p. 116), “Amorim e Dimenstein (2009) argumentam sobre a necessidade de todos os envolvidos no processo de desinstitucionalização estarem atentos à presença dessas novas formas de captura, pois, do mesmo modo com que são criadas as novas maneiras de cuidar, podem surgir também outras formas menos perceptíveis de aprisionamento da loucura”.

de transformação de valores societários e, para que isso se concretize, torna-se necessária a apropriação dos novos valores, questionando-se as condições em que esse trabalho está sendo praticado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.; PORTO, F.; NASSAR, P. Contribuições legais para a distinção da profissão enfermagem para os cuidadores. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p. 153-61, jan. 2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br>. Acesso em: 15 jan. 2014

Alves, Domingos Sávio; Guljor, Ana Paula. O cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004.

BARROS, Regina B.; JOSEPHSON, Silvia. Lares Abridados: dispositivos clínico-políticos no impasse da relação com a cidade. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 57-69, maio/ago. 2001.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BELMONTE, P. O campo da atenção psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação na atenção diária em saúde mental (CBAD). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 187-198, 2006. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r133.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

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

DELGADO, Pedro Gabriel. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Brasileira. **Cadernos do IPUB: Desinstitucionalização: a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos**. Instituto de Psiquiatria/ UFRJ, v. XII, n. 22, nov./dez. 2006.

Ferreira, Gina. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Guljor, A. P.; Gomes, A.; MattoS, S. A. (Org.). **Desinstitucionalização na Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. **Psicanálise e Barroco – Revista de Psicanálise**, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.psicanalise-ebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2014.

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. Residência Terapêutica: inventando novos lugares para se viver. **Banco de Textos da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia_terapeutica.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2014.

FURTADO, Juarez; PACHECO, Ricardo Azevedo. Moradias extra-hospitalares em Campinas: reflexões sobre uma experiência. In: VENANCIO, Ana Teresa; LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. O Campo da Atenção Psicossocial. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1., **Anais...** Rio de Janeiro, 1997.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho do CARE no Brasil, França e Japão. **Revista Sociologia e Antropologia**, v. 1, n. 1, p. 151-180, 2011. Disponível em: <http://revistappgsa.ifcs.ufrj.br/pdfs/ano1v1_artigo_nadya-guimaraes-helena-hirata-kurumi-sugita.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

GULJOR, A. P. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

_____.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; Guljor, A. P.; Gomes, A.; MattoS, S. A. (Org.). **Desinstitucionalização na Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007.

HIRATA, H. Teorias e Práticas do CARE: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (Org.). **Cuidado, Trabalho e Autonomia das Mulheres**. São Paulo: SOF, 2010. (Coleção Cadernos Sempreviva. Série Economia e Feminismo 2). Disponível em: <http://br.boell.org/downloads/SOF_cuidado_trabalho_e_autonomia_das_mulheres.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

_____. A Precarização e a Divisão Internacional e Sexual do Trabalho. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 24-41, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517_45222009000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____.; KERGOAT, D. Novas configurações da Divisão Sexual do Trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

_____. Tendências Recentes da Precarização Social e do Trabalho: Brasil, França, Japão. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. especial 01, p. 13-20, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a02v24nspe1.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Guljor, A. P.; Gomes, A.; MattoS, S. A. (Org.). **Desinstitucionalização na Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília – DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Cuidar, sim, excluir, não. Efetivando a

Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2008.

NETO, Pedro Machado Ribeiro; AVELLAR, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. **Revista Mental**, Barbacena, v. 7, p. 109-126, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272009000200008>. Acesso em: 06 jan. 2014.

NOGUEIRA, C. M. **A Feminização no Mundo do Trabalho**. Campinas: Autores Associados, 2004.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFF, 2011.

Presidência da República. **Lei n. 10.708/2003** – Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Presidência da República. **Portaria GM n. 336/2002** – Estabelece os CAPS enquanto modalidades de serviços ao atendimento das pessoas portadoras de transtorno mental.

Presidência da República. **Lei n. 10216/2001** – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Presidência da República. **Portaria GM n. 106/2000** – Cria os serviços residenciais terapêuticos, moradias ou casas inseridas na comunidade destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência.

Presidência da República. **Portaria GM n. 1220/2000** – Cria nas tabelas de serviços e de classificação de serviços SAI/SUS os serviços residenciais terapêuticos.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. Provimento do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: Vasconcelos, E. M. (Org.) **Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social**. São Paulo: Hucitec, 2008b. v. III.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). **Abordagens Psicossociais – Perspectivas para o Serviço Social**. V. III. São Paulo: Hucitec, 2008.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). Desinstitucionalização: uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SPRIOLI, Neila; COSTA, Maria Cristina. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(5):[8 tela], set./out., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000500013&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 06 jan. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. **Cadernos do IPUB: Desinstitucionalização: a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos**, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, nov./dez. 2006.

VENTURINI, E. A Desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19953/22033>>. Acesso em: 06 jan. 2014.