

A Idade média: aqui e agora. Estamos, definitivamente, viajando no tempo. Minha grande expectativa é chegar ao período pré-colombiano, sem coroa, sem igrejas, sem jesuítas, sem capitalismo, sem cunhas, malafaias, rede globo...

**CONFIGURAÇÕES DO “CARE” NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL:
AS MULHERES CUIDADORAS EM EVIDÊNCIA**

Rachel Gouveia Passos*

Resumo

O presente artigo pretende trazer à tona características da captura da força de trabalho feminino pela reestruturação produtiva, retratando as novas configurações da divisão sexual do trabalho. Busca através da experiência da saúde mental elementos que compõem a esfera da reprodução no qual são apropriados pela esfera produtiva no intuito de reproduzirem modalidades de práxis social pautadas em uma ideologia mercantil e de desigualdade de gênero.

Palavras-chave: Mundo do trabalho. Mulheres. “Care”. Cuidado.

Abstract

This article aims to bring out characteristics of the capture of female labor force productive restructuring, the new settings depicting the sexual division of labor. Search through the experience of mental health elements that make up the sphere of reproduction in which are suitable for the production sphere in order to reproduce forms of social praxis guided by a market ideology and gender inequality.

Keywords: World of work. Women. “Care”. Care.

* Assistente Social, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela ENSP/FIOCRUZ, Mestre em Política Social pela UFF, Doutoranda em Serviço Social pela PUC/SP, Professora Substituta da Faculdade de Serviço Social da UERJ.

1 Introdução

Este artigo¹ pretende contribuir com uma análise crítica acerca do trabalho das mulheres no campo da saúde mental, buscando revelar opressões que se estabelecem nas relações da promoção do cuidado as pessoas em sofrimento psíquico, além de trazer a público o *care* exercido pelas mulheres cuidadoras.

De acordo com Ricardo Antunes (2011, p. 104), vem ocorrendo, em escala global, a partir dos anos 70, o que seria a “nova polissemia do trabalho”, onde o trabalho sofre inúmeras transformações abalando a esfera produtiva, instalando-se uma crise estrutural do capital, que abateu fortemente as economias dos países centrais.

Esta crise fez com que, entre tantas outras consequências, o capital implementasse um vastíssimo processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do ciclo de reprodução do capital e que [...] afetou fortemente o mundo do trabalho (ANTUNES, 2011, p. 193).

Logo, Antunes e Alves (2004, p. 336) identificam que a classe trabalhadora sofreu transformações ao longo do desenvolvimento histórico da sociedade, entretanto, não perdeu seu sentido ontológico, mas torna-se necessária a compreensão da sua composição atual para, assim, identificar os impactos do processo multiforme que vem sofrendo com a reestruturação produtiva.

Diante desse cenário de mutações, o caso brasileiro apresenta particularidades em seu processo de reestruturação produtiva do capital e do projeto neoliberal, que já estava em curso nos países centrais. Foi apenas nos anos 1980, ao final da ditadura militar, que esse padrão de produção sofreu suas primeiras transformações na realidade brasileira, ocorrendo através de novos padrões de organização e de tecnologia e outras formas de organização do trabalho.

Iniciou-se a utilização da informatização produtiva e do sistema *Just-in-time*²; germinou a produção baseada em *team work*, alicerçada nos programas de qualidade total, ampliando também o processo de difusão da microeletrônica (ANTUNES, 2012, p. 46).

¹ O presente artigo compõe a pesquisa de elaboração da Tese de Doutorado que se encontra em andamento.

² Segundo Antunes (2012, p. 46), “o método *Just-in-time* ou método Toyota baseia-se na utilização de trabalhadoras polivalentes e máquinas multiuso. Busca reduzir, entre outros, os custos de estocagem ao produzir o necessário, nas quantidades necessárias e no momento necessário”.

Ainda durante a década de 80, o caso brasileiro tem a reestruturação produtiva caracterizada pela redução de custos por meio da redução da força de trabalho e, ao mesmo tempo, a necessidade de elevação da produtividade ocorrendo:

[...] através de reorganização da produção, redução do número de trabalhadores, intensificação da jornada de trabalho dos empregados, surgimento dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ's) e dos sistemas de produção *just-in-time* e *kanban* (ANTUNES, 2010, p. 16).

Todavia, foi ao longo dos anos 90, que a reestruturação produtiva se desenvolveu de forma plena e intensa no país, apresentando características e configurações de

[um] processo que vem se efetivando mediante formas diferenciadas, configurando uma realidade que comporta tanto elementos de *continuidade* como de *descontinuidades* em relação às fases anteriores (ANTUNES, 2012, p. 47).

E continua o autor:

No Brasil o quadro é ainda muito grave. Durante nossa década de desertificação neoliberal, nos anos 1990, pudemos presenciar simultaneamente, tanto a pragmática desenhada pelo Consenso de Washington (com suas desregulamentações nas mais distintas esferas do mundo do trabalho e da produção), quanto uma significativa reestruturação produtiva em praticamente todo universo industrial e de serviços, consequência da nova divisão internacional do trabalho que exigiu mudanças tanto no plano da organização sócio-técnica da produção quanto nos processos de reterritorialização e desterritorialização da produção, dentre tantas outras consequências. (ANTUNES, 2011, p. 105).

Ampliaram-se, nesse contexto, as modalidades de trabalho desregulamentadas, produzindo uma condição precária à classe trabalhadora, onde se passou a ter seus direitos negados, principalmente, o registro formal em carteira profissional.

Em outras palavras, em plena *era da informatização* do trabalho, do mundo *maquinal e digital*, estamos conhecendo a *época da informalização* do trabalho, dos terceirizados, precarizados, subcontratados, flexibilizados, trabalhadores em tempo parcial (ANTUNES, 2011, p. 106, grifos do autor).

Além da informalização do trabalho e de sua precarização, tem-se o desemprego ampliado, o rebaixamento salarial e, ainda, a perda de direitos que se localiza no desmonte da conquista da classe trabalhadora por meio da extinção da legislação social protetora do trabalho.

Flexibilizar a legislação social do trabalho significa [...] aumentar ainda mais os mecanismos de extração do

sobretabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora (ANTUNES, 2011, p. 109).

Cabe destacar que, com as novas formas contratuais e flexíveis tem-se uma nova divisão sexual do trabalho, aumentando-se, consideravelmente, a participação das mulheres no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que os homens estavam sendo demitidos nesse mesmo cenário.

No Brasil, observa-se um movimento no mesmo sentido que o apontado para o Japão e a França: o forte aumento da taxa de atividade feminina coincide com o importante aumento da precariedade do emprego no mesmo período, isto é, com o crescimento do trabalho sem carteira assinada. Segundo Saboia (1996), o período 1980-1990 é marcado pelo ingresso no mercado de trabalho, ‘de um grande número de mulheres adultas com nível de escolaridade relativamente elevado’, e que, frente a uma taxa de atividade masculina estável, ‘a feminina elevou-se 33,6%, em 1979, para 39,2%, em 1990’. Se o tempo parcial não é, como na França, uma alternativa premente no Brasil, em vista da flexibilidade generalizada do emprego, no âmbito político, a questão do tempo de trabalho (redução das horas trabalhadas, com ou sem redução do salário) e da criação de novos tipos de empregos mais instáveis e precários são temas da atualidade social e política. (HIRATA, 1997, p. 18).

Para Claudia Nogueira (2010, p. 206), essas relações entre reestruturação produtiva, capitalismo e neoliberalismo estabelecem o crescimento do emprego feminino porque o “trabalho terceirizado frequentemente estabelece a realização de tarefas no domicílio, concretizando o trabalho produtivo no espaço doméstico”. Nesse sentido, os empresários são beneficiados por não precisarem pagar os benefícios e nem os direitos sociais referentes ao registro em carteira de acordo com a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Cabe lembrar que, quando o trabalho produtivo é realizado no espaço doméstico, o capital, ao explorar a mulher enquanto força de trabalho, apropria-se com maior intensidade dos seus ‘atributos’ desenvolvidos nas suas atividades reprodutivas, vinculados as tarefas oriundas de seu trabalho reprodutivo. Dessa forma, além de o capital intensificar a desigualdade de gênero na relação de trabalho, ele acentua a dimensão dúplex da sua exploração, ou seja, explora o trabalho feminino tanto no espaço produtivo quanto depende desse no espaço reprodutivo. (NOGUEIRA, 2011, p. 206).

A participação das mulheres nesse processo se deu de forma intensa no setor de serviços no qual houve um aumento, em média, entre as décadas de 1970 e 1990, de 50% de “sua participação relativa na estrutura

ocupacional, sendo em boa medida direcionadas para o setor informal, que incorporou parcelas expressivas de trabalhadores, sobretudo no comércio, comunicações e transportes” (ANTUNES, 2011, p. 21-22).

2 Novas configurações da divisão sócio-sexual do trabalho

Com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e da reestruturação produtiva, as mulheres foram convocadas a assumir o campo da produção. A entrada maciça das mulheres na indústria, nos anos 70, foi denominada por Nogueira (2004), de “feminização do mundo do trabalho”.

A partir dos anos de 1970, com a vigência de um novo e expansivo padrão de acumulação flexível na era da mundialização do capital, alterou significativamente a condição de trabalho feminino, uma vez que ao mesmo tempo em que se deu uma expressiva feminização do trabalho, ela se realiza precarizando ainda mais a força de trabalho feminina. A crescente necessidade dos mercados nacionais de inserirem-se no mercado globalizado acentua a heterogeneidade das situações do trabalho, de emprego e de atividades das mulheres e dos homens. (NOGUEIRA, 2004, p. 38).

Essa inserção da mulher na esfera produtiva não veio desacompanhada de um movimento político: ocorria, nesse período, a transformação dos padrões culturais e éticos que normatizavam os comportamentos entre homens e mulheres intensificada pelo movimento feminista. Contudo, fatores econômicos marcaram esta convocação das mulheres para se inserirem no mercado de trabalho. Só que, com a inserção e participação das mulheres no mercado de trabalho, a desigualdade entre as relações sociais de sexo continuava a ser reproduzida em relação às ocupações.

Ao longo das décadas seguintes ocorreram transformações no mercado de trabalho direcionado para as mulheres onde a globalização econômica e financeira trouxe uma série de repercussões, a partir dos anos 90, que puderam estabelecer oportunidades, mas, também, desafios. Para Helena Hirata (2002, p. 28), “trata-se de um dos paradoxos da globalização, este aumento do emprego feminino remunerado acompanhado pela sua precarização e vulnerabilidade crescentes”.

Os efeitos da globalização, complexas e contraditórias, afetaram desigualmente o emprego masculino e feminino nos anos noventa. Se o emprego masculino regrediu ou se estagnou, a liberalização do comércio e a intensificação da concorrência internacional tiveram por consequência um

aumento do emprego e do trabalho remunerado das mulheres ao nível mundial, com a exceção da África sub-sahariana. Notou-se um crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho, tanto nas áreas formais quanto nas informais da vida econômica, assim como no setor de serviços. Contudo, essa participação se traduz principalmente em empregos precários e vulneráveis, como tem sido o caso na Ásia, Europa e América Latina. (HIRATA, 2002, p. 143).

Maria Cristina Bruschini (2007, p. 540) apresenta em seu estudo um panorama do trabalho feminino, dando destaque às intensidade e constância do crescimento da participação feminina no mercado de trabalho brasileiro, no período de 1993-2005. Os dados foram extraídos de indicadores do IBGE por meio do Censo Demográfico, identificando assim a população economicamente ativa (PEA) no período pesquisado. A autora verificou que, em 1995, havia 40% de mulheres na PEA, onde representavam 27,8 milhões, que estavam ocupadas para 59,6% de homens na PEA, sendo 41,9 milhões, ocupados. Já no ano de 2005, havia 43,5 % das mulheres na PEA, sendo que 36,6 milhões se encontravam ocupadas para 56,5% de homens na PEA, onde 50,4 milhões estavam ocupados.

Na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua”³ realizada pelo IBGE referente aos anos 2012 e 2013, pôde ser identificado que os homens representam 61,1% da população ocupada no Brasil. A própria pesquisa resalta que as mulheres são aquelas que apresentam maioria na população em idade para trabalhar, todavia, a predominância da ocupação é masculina.

As mulheres, nessa realidade de precarização, possibilitam ao capital uma participação enquanto “cobaias”, já que, “são menos protegidas, tanto pela legislação do trabalho quanto pelas organizações sindicais, e são mais vulneráveis” (HIRATA, 2001/02, p. 144). Estas experimentações podem ser as mais variáveis possíveis, principalmente no caso brasileiro que tem em seu processo sócio-histórico padrões escravocratas e clientelistas, recriando relações de exploração e de submissão de diversas espécies. A partir de pesquisas sobre trabalho e desemprego em âmbito internacional, Hirata apresenta três indicadores do trabalho precário:

1. Ausência de proteção social e de direitos sociais, inclusive de direitos sindicais: o trabalho informal nos países

do Sul concerne a atividades realizadas sem proteção social (previdência social, aposentadoria), férias, etc. O mesmo ocorre com um certo número de empregos do setor de serviços nos países do Norte (trabalhadores domésticos, faxineiras, etc.);

2. Horas reduzidas de trabalho, que resultam em salários baixos e que levam frequentemente à precariedade; por exemplo, uma mulher que trabalhe em tempo parcial, mesmo tendo um contrato por tempo indeterminado, pode ser considerada como alguém que exerce um trabalho precário;

3. Níveis baixos de qualificação: a ausência de qualificação formal e a consequente baixa renda levam, em inúmeros casos, à precariedade e ao desemprego. (HIRATA, 2009, p. 26).

Para a autora, esses indicadores apontam para uma dada divisão sexual da precariedade, já que são as mulheres mais do que os homens que vão ocupar empregos de baixa qualificação e de horas inferiores. Como as mulheres são particularmente atingidas pela precarização e flexibilização, é evidente que elas tendem a ocupar lugares singulares na divisão social do trabalho, como o comércio e o setor de serviços. Hirata (2011, p. 14), em seu artigo “Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão”, destaca dois setores que se encontram em expansão e que absorvem as mulheres de forma massiva e que, por vezes, são temporários, com baixos salários e relativamente limitados ao tempo, que são: o telemarketing⁴ e o care⁵.

Cabe destacar que o trabalho do “care”, tem levantado questões e estimulado pesquisas no campo das Ciências Sociais, principalmente na sociologia do trabalho. Hirata (2009, p. 32) descreve algumas questões que envolvem o trabalho do cuidado, afirmando que “a globalização do *home care* contribui fortemente hoje em dia para trazer para a esfera pública questões anteriormente atinentes apenas à esfera privada, até mesmo à intimidade”. E, ao

⁴ Para maior aprofundamento, buscar Nogueira (2011).

⁵ Na realidade europeia, o *care* “tem relação estreita com o processo de migração internacional das mulheres, em sua grande maioria, que trabalham no cuidado a outrem, idosos, crianças, doentes e deficientes, pessoas dependentes em geral” (HIRATA, 2010). “Essa migração internacional, que se desenvolveu no contexto de crise e de precarização, indicou uma centralidade das mulheres no trabalho e como ativistas desse processo. As migrações internacionais feministas representam um dos fatores que agravam o movimento de precarização do trabalho das mulheres. Elas se encontram em situação precária, pois raramente têm contratos que garantam todos os direitos sociais” (HIRATA, 2011, p. 14). O caso brasileiro se encontra em análise, nesse estudo em particular, a partir do contexto de Reforma Psiquiátrica.

³ Fonte IBGE/PNADS 2013.

trazer para a esfera pública questões que ficavam restritas ao espaço doméstico, possibilita desvendar e problematizar duas importantes questões:

1. Torna-se atual a questão do reconhecimento das qualidades ditas femininas (o ‘cuidado’ com o outro, a competência relacional) enquanto competência profissional. [...] Os homens possuem qualificações, as mulheres ‘qualidades’, consideradas naturais, inatas, na medida em que não foram adquiridas pela formação profissional;
2. Levar a reconhecer, na esfera pública, o trabalho realizado pelas mulheres na esfera privada e, conseqüentemente, **transformar trabalho doméstico em trabalho mercantil** – eventualmente efetuado em um âmbito misto, também por homens –, reconhecimento tanto social quanto financeiro. (HIRATA, 2009, p. 32, grifo meu).

Além da precarização e da flexibilização, enquanto conseqüências da reestruturação produtiva se assiste, em relação ao trabalho feminino, a sua bipolarização. São identificadas por Hirata (2009, p. 30) duas tendências desta evolução que também representam o resultado de um duplo processo de desigualdade social expressa nas relações antagônicas, principalmente entre as próprias mulheres:

1. De um lado, estabelece-se um pólo constituído por mulheres executivas de profissões intelectuais superiores, categorias que se feminizam (médicas, advogadas, juízas, arquitetas, jornalistas, professoras universitárias, pesquisadoras, assalariadas do ramo da publicidade e da arte, etc.);
2. Do outro, mulheres que se mantém nas ocupações tradicionalmente femininas: funcionárias públicas, da saúde, da educação, dos serviços aos particulares, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, professoras primárias, profissionais do *home care* – que atendem pessoas idosas, doentes, crianças, e que fazem o trabalho doméstico como empregadas, faxineiras, etc. (HIRATA, 2009, p. 30).

Fica evidente, na bipolarização, o corte de classe em relação ao trabalho feminino, tendo como conseqüência deste fenômeno a feminização da pobreza, em que as formas de organizar as delegações dos cuidados atribuídos às mulheres se dão de formas distintas, de forma que aquelas que podem pagar por um profissional de “serviços” transferem suas tarefas domésticas e, assim, têm a possibilidade de ocupar e ascender na escala profissional e construir uma carreira.

Se houve crescimento no número de mulheres gerentes nas divisões financeiras do setor de bancos e seguros, o ‘emprego de serviços’, o chamado ‘serviço pessoal’ (trabalho doméstico remunerado, guarda de idosos e crianças, etc.), também cresceu significativamente durante toda a década de 90 na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil. A multiplicação

desse tipo de emprego em serviços reforça a ‘heterogeneidade’ do setor terciário, em virtude da emergência de novas profissões femininas altamente qualificadas e proporcionalmente bem remuneradas. [...] Em oposição a essas tendências recentes no trabalho profissional feminino, as mudanças no trabalho doméstico são menores e muito mais lentas. Se o forte desenvolvimento das tecnologias domésticas tendeu a facilitar essas tarefas, a divisão sexual do trabalho doméstico e a atribuição deste último às mulheres, em realidade, continuou intacta. A relação entre o trabalho doméstico e a afetividade parece estar no centro dessa permanência. (HIRATA, 2001/02, p. 149-150).

3 “Care” e saúde mental: as mulheres em evidência

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

Além disso, a RPB aborda as mudanças dos serviços assistenciais e também destaca a desconstrução da abordagem clássica da psiquiatria, ou seja, propõe-se um novo olhar sobre o modelo conceitual e cultural acerca da loucura, que agora visa a construção de uma ciência social crítica, que aponte para a transformação do lugar social do “louco”.

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

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

Vai ser no contexto de transformação econômica dos anos 90, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ganhará força e corroborar-se-á enquanto estratégia de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Tem-se o questionamento do modelo da psiquiatria tradicional onde a centralidade do cuidado estava no manicômio e no isolamento. Procura-se, assim, construir formas mais humanas de tratamento na comunidade, pensadas como capazes de promover a liberdade, autonomia e evitar a cronificação de novos casos.

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 foi que surgiu a implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial, regulamentados pela Lei nº 10.216/2001. São múltiplos os serviços que atualmente compõem a chamada Rede de Atenção Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, hospitais-gerais, cooperativas etc.

De acordo com Domingos Sávio Alves e Ana Paula Guljor (2004, p. 230), nos últimos anos, o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde para a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos foi o CAPS⁶

⁶ **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. Estes 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 destes serviços é adulta, com transtornos mentais severos e persistentes. A equipe 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. Esta modalidade se faz presente hoje na maioria nas grandes metrópoles. CAPS III – São de alta complexidade, uma vez que funcionam 24 horas, todos os 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

(Centro de Atenção Psicossocial), que se tornou o 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, onde, ao mesmo tempo, se tornou um “instrumento político de difusão de determinada forma de cuidar e um serviço potente em si”.

De acordo com Gina 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 conforme o Informativo da Saúde Mental⁷, no Brasil, tinha-se, no ano de 2002, 51.393 leitos psiquiátricos sendo que, em 2011, já se contabilizava 32.284 leitos. Isto demonstra quantos usuários ainda se encontram internados e o quanto ainda se precisa investir na rede de atenção psicossocial.

Em 11 de fevereiro de 2000, regulamentam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos⁸ (SRT) ou Lares Abrigados⁹, que são “casas assistidas para que as pessoas (comprometidas psiquicamente) 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, aquelas

rota do tráfico de drogas). A equipe mínima é de 13 profissionais, com nível médio e superior.

⁷ Ano VII, n. 10, mar. 2012. Acesso em: 9 jan. 2014.

⁸ 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).

⁹ 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, 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”.

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).

Nos novos serviços residenciais terapêuticos, RT e moradias assistidas, o significado maior do cuidado, como a atenção ou desvelo oferecido a algo ou alguém, implica uma série de ações cotidianas. O objeto tradicional da enfermagem, o cuidado, atualmente, envolve a participação de várias categorias profissionais. No cuidado ou assistência proporcionada pelos distintos tipos de moradias, destaca-se um trabalhador pouco conhecido, raramente mencionado na literatura especializada e até mesmo pouco reconhecido pela regulamentação legal dos serviços de moradia: *o cuidador*.¹⁰ (SPRIOLI; COSTA, 2011, p. 3, grifo meu).

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 importante a atuação de um profissional que não necessariamente precisa ter uma formação específica. É esse profissional que deve estar no cotidiano das SRT contribuindo com o autocuidado dos moradores e também com o viver em comunidade.

De acordo com a Portaria nº 1220/2000 que está relacionada ao SRT, estabelece-se a atividade de “Cuidador em Saúde” relacionado às residências terapêuticas. Segundo o Ministério da Saúde (2004):

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 trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar.

A partir dessas diretrizes apontadas pela legislação e pelas recomendações do Ministério da Saúde, observa-se

¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde (2008, p. 8), a ocupação cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

que não há uma formação ou capacitação específica para a atuação do cuidador, neste, 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 faz parte desta rotina “técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área da enfermagem”¹¹. Neste Guia, as informações se restringem ao cuidado ao idoso, o que coloca desafios à prática do cuidador na saúde mental. Isto demonstra a não introdução de uma instrumentalização específica e nem um olhar mais aprimorado a esse modo de cuidar.

Segundo pesquisa realizada por Sprioli e Costa (2011, p. 5), no Instituto Municipal Nise da Silveira, localizado no Rio de Janeiro, os cuidadores da residência terapêutica, em sua maioria, são técnicos de enfermagem, “embora não seja exigido, para ser cuidador, [é necessário] apenas [possuir] o ensino fundamental completo”. De acordo com as autoras, “depois de contratados, muitos receberam, no próprio Instituto, capacitação para o cuidado de pacientes psiquiátricos em moradias”.

Já o estudo realizado por Pedro Ribeiro Neto e Luziane Avellar (2009, p. 112), em um SRT inaugurado em 2006, localizado no Estado do Espírito Santo, vai apresentar o perfil dos cuidadores. Para a pesquisa, participaram seis cuidadores, sendo cinco do gênero feminino e um masculino. “Dos seis participantes do estudo, quatro atuam no plantão diurno, em regime de duplas, e dois se revezam à noite, quando um cuidador por turno permanece na casa”.

Os dois plantonistas noturnos, anteriormente à sua inserção no SRT, trabalhavam no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (HAB). Possuem histórico de 13 a 28 anos de serviço no

¹¹ 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 artigo de Aguiar et al. (2013, p. 154), “a legislação específica para enfermagem, originou-se com a publicação do Decreto nº 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”.

Hospital, no setor de alimentação e na parte técnica administrativa, e experiência no SRT de dois meses e três anos, respectivamente. Ressaltamos que os cuidadores do plantão noturno não trabalhavam nas enfermarias do hospital. [...] Ao contrário dos trabalhadores do turno da noite que eram funcionários do HAB, os cuidadores do plantão diurno foram contratados de duas empresas terceirizadas: uma especializada em serviços gerais e outra do ramo de alimentação, localizadas no mesmo município do SRT. Os cuidadores do plantão diurno são provenientes de três ramos profissionais: comércio (balconista de loja), confecção de alimentos (salgadeira) e serviços caracteristicamente domésticos (cuidado de criança e faxina). (NETO; AVELLAR, 2009, p. 112).

Quero destacar que a RPB busca, através de um discurso de “saber/ não saber”, convocar a profissionalização do cuidador para o provimento do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, no intuito de desconstruir a tecnificação da atenção das atividades da vida cotidiana. Este argumento é levantado por Figueiredo e Frare, para os quais:

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. Desta forma, os cuidadores ‘sabem que não sabem’ (2008 apud NETO; AVELLAR, 2009, p. 114).

Contudo, inúmeros atravessamentos se colocam no cotidiano desse profissional que, em sua maioria, se constitui de mulheres com pouca escolaridade e de classe social desfavorecida.

Um dos atravessamentos que quero destacar é a centralidade do cuidar recair mais uma vez sobre as mulheres. Esse “novo/velho” lugar do cuidar vai ser reconfigurado na esfera pública, não mais a convocando enquanto uma especialista do cuidado, mas agora em um lugar do “saber/não saber”. Terá que utilizar supostos atributos do gênero feminino e seus sentimentos advindos do mito do “amor materno” para responder à convocação da RPB. Com isto, as cuidadoras vão dar sentido ao seu trabalho através de sentimentos como carinho e paciência, onde “os significados [são] atribuídos às condições necessárias para que o cuidado se concretize” (SPRIOLI; COSTA, 2011, p. 5).

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, 2009, p. 188-189).

Esse lugar subalterno do trabalho doméstico exercido pelas mulheres, lembrando que esta categoria profissional “cuidador em saúde” tem atributos domésticos, localiza-se na esfera da reprodução e, por isto, não apresenta valor, permanecendo encoberto nas relações cotidianas. Isso permite que haja outro atravessamento que permeia essa subalternidade, encontrado na negação de uma 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 e pode ser justificada pelos sentimentos produzidos pela relação afetiva que se constitui com o usuário da saúde mental.

É relativamente precário o status do trabalho da ‘cuidadora’, da *home helper* ou da *helper*, da *aide à domicile* ou *auxiliaire de vie sociale*, independentemente do regime local adotado. Essa precariedade se expressa no baixo nível de qualificação requerida, no escasso reconhecimento social da competência profissional, assim como na falta de especialização e de formação profissional. No caso brasileiro, a insuficiente formação e precária formalização do status profissional acarretam a dificuldade de autorreconhecimento como ‘cuidadoras’ (e não como trabalhadoras domésticas), mesmo entre aquelas que desempenham funções classificáveis como de ‘cuidado’ [...]. O emprego de cuidado em domicílio se inclui entre as novas formas de emprego no setor terciário (‘cuidadoras domiciliares’ no Brasil, *home helpers* registradas no Japão, *auxiliaires de vie sociale* na França). (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011, p. 170).

É nesse caminho de utilizar um “saber/não saber” que a RPB tem convocado tais profissionais. Torna-se possível ocorrer mudanças com experiências do cotidiano, sim, mas é preciso problematizar os caminhos que têm sido traçados neste processo e qual discurso tem sido utilizado para isto, se não, ao invés de produzir liberdade e autonomia reproduz-se opressões. É na mudança ética e sociocultural do modelo de operar o cuidado que se identifica as possíveis transformações ou não e para se ter mudanças é preciso compreender o quanto tem sido alterado não só o tratamento, mas, também, os valores daquele que operam o cuidado.

Outro atravessamento importante de destacar é o desconhecimento dos processos políticos que permeiam o trabalho do cuidador: suas ações, os limites do processo de trabalho e da lógica cultural que perpassa

tudo isso, inclusive seu modo de estar e enxergar o mundo. A convocação desse profissional não o potencializa para a dimensão política e transformadora que se propõe na RPB. Para Pilar Belmonte:

o complexo trabalho de desinstitucionalização requer, na sua maioria das vezes esforço, uma dedicação e uma organização assistencial muito maior [...]. Nesse sentido que se inclui o cuidador, tornando-se uma pessoa-chave nesta proposta (2006, p. 190-191).

É, assim, um profissional importante, mas que desconhece sua potencialidade ficando à margem do projeto proposto.

É fundamental a internalização dos valores da RPB para que se possa exercitar, no cotidiano da esfera privada e pública, os princípios que se defende em nome de uma sociedade sem manicômios. Isto só é possível quando se tem apropriado e refletido o modo de “operar o cuidado” a partir deste projeto societário. Entretanto, não pode ser de forma individual ou excludente que isso aconteça, mas deve ser partilhado com todos aqueles que atuam nesse projeto de transformação de forma a negar a possibilidade de reprodução de outras opressões.

4 Algumas considerações

No desvendar desse novo modo de operar o cuidado, vai ficando claro o quanto “a globalização do *home care* contribui fortemente hoje em dia para trazer para a esfera pública questões anteriormente atinentes apenas à esfera privada” (HIRATA, 2009, p. 32). Percebe-se quantas questões envolvem o “care” que precisam ser refletidas não só em equipe, mas nas diretrizes do que se quer traçar no desmonte da lógica manicomial no campo sociocultural.

As cuidadoras são convocadas a contribuir com esse processo, mas não são instruídas a compreender e a lidar com ele. Como desconstruir o pensamento manicomial social se não há indagação acerca dele no modo como se opera o cuidado? A promoção do *care* é a mera reprodução do cuidar da esfera privada? Esse cuidar promove emancipação? Qual sentido tem essa emancipação? Nesse caminho, ficam aqui breves questões a serem aprofundadas nesse processo do modo de operar o cuidado, que ainda está em construção e muito ainda se tem a avançar.

Com isso, deixo aqui indagações iniciais 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 de transformação de valores societários, e para que isto se concretize, torna-se necessária a apropriação dos novos valores e o questionamento das condições em que este trabalho está sendo praticado.

Referências

- ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004.
- ANTUNES, Ricardo. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva. In: _____; SILVA, Maria Aparecida M. (Org.). *O avesso do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho no Brasil: reestruturação e precariedade. *Revista Nueva Sociedad*, jun. 2012. Disponível em: <www.nuso.org>. Acesso em: 31 mar. 2014.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educ. Soc.*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- ANTUNES, Ricardo; POCHMANN, Marcio. Dimensões do desemprego e da pobreza no Brasil. *Revista InterfacEHS*, v. 3, n. 2, Traduções, abr./ago. 2008.
- BARROS, Regina B.; JOSEPHSON, Silvia. Lares abrigados: dispositivos clínico-político no impasse da relação com a cidade. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 57-69, maio/ago. 2001.
- BELMONTE, Pilar. 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.epsvj.fiocruz.br/upload/revistas/r133.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão 2007-2010. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. *Trabalho doméstico: direitos, deveres: orientações*. 5. ed. Brasília: Ministério do Trabalho, 2013.

BRUSCHINI, Maria Cristina A. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? *Revista Brasileira Est. Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 331-353, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a09v23n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRUSCHINI, Maria Cristina A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 537-572, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0337132.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CATTANÉO, Nathalie; HIRATA, Helena. Flexibilidade. In: HIRATA, Helena (Org.) *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009.

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. *Psicanálise e Barroco – Revista de Psicanálise*, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.psicanalisebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

FREIRE, Flávia Helena M. de A. 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: 9 jan. 2014.

HIRATA, Helena. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. *Revista Latino- americana de Estudos do Trabalho*, v. 3, n. 6, 1997. Disponível em: <http://relet.iesp.uerj.br/Relet_07/Relet_07.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

HIRATA, Helena. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 13-20, 2001.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a02v24nspe1.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

HIRATA, Helena. Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cadernos Pagu*, n. 17/18, p. 139-156, 2001/02.

HIRATA, Helena. Reestruturação produtiva, cidadania e gênero. In: COSTA, A. A. (Org.). *Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero*. São Paulo: CUT, 2002.

HIRATA, Helena. Trabalho doméstico: uma servidão “voluntária”? In: GOUDINHO, T.; SILVEIRA, M. L. (Org.). *Políticas públicas e igualdade de gênero*. Coordenadoria Especial da Mulher, caderno nº8, Prefeitura de São Paulo, 2004.

HIRATA, Helena; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

HIRATA, Helena; SEGNINI, L. (Org.). *Organização, trabalho e gênero*. São Paulo: SENAC, 2007.

HIRATA, Helena et al. (Org.). *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009.

HIRATA, Helena. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 24-41, jan./jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151745222009000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 10 set. 2013.

HIRATA, Helena. 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. p. 42-56. (Coleção Cadernos Sempre Viva). Série Economia e Feminismo 2. Disponível em: <http://sof2.tempsite.ws/wp-content/uploads/2010/11/cuidado_trabalho_e_autonomia_das_mulheres.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

HIRATA, Helena. *Nova divisão sexual do trabalho? um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2012. (Coleção Mundo do Trabalho).

NOGUEIRA, Claudia M. *A feminização no mundo do trabalho*. Campinas: Autores Associados, 2004.

NOGUEIRA, Claudia M. A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização. In: ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. (Org.). *O avesso do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

NOGUEIRA, Claudia M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Revista Aurora*, ano IV, n. 6, 2010.

NOGUEIRA, Claudia M. *O trabalho duplicado – a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

RIBEIRO NETO, Pedro M.; AVELLAR, Luziane Z. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Revista Mental*, Barbacena, v. 3, n. 3, 2009.

ROSA, L. Provimento do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). *Abordagens psicossociais: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Hucitec, 2009. v. III.

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: _____; _____. *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*, v. 19, n. 5, p. [8 tela], set./out. 2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000500013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 6 jan. 2014.

TARTUCE, Gisela Lobo B. P.; HIRATA, Helena; GUIMARÃES, N. A. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. Resenhas. *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, n. 148, p. 366-377, jan./abr. 2013.