

# EU SOU PORQUE NÓS SOMOS: APORTES SOBRE A CONSTRUÇÃO COLETIVA DAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS FEMININAS E DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Ana Carolina Cerqueira Medrado<sup>1</sup>

Mônica Lima de Jesus<sup>2</sup>

## Resumo

Neste ensaio, buscamos desvelar a produção coletiva tanto do cuidado quanto de trajetórias profissionais de mulheres no campo da saúde mental, refutando o individualismo e a meritocracia, que sustentam a referida produção. Adotamos um conjugado teórico complexo que inclui o feminismo interseccional, a psicologia social construcionista e a teoria do *care* associada à definição de cuidado integral da saúde coletiva. Primeiro, resgatamos brevemente histórias emblemáticas de mulheres referenciais no campo da saúde mental. Em seguida, discutimos os atravessamentos de gênero, raça e classe social envolvidos nas construções das trajetórias profissionais e produção do cuidado no referido campo. Defendemos a democratização do cuidado como alinhada tanto aos valores da reforma psiquiátrica brasileira, quanto como um caminho para a igualdade de oportunidades.

**Palavras-chave:** cuidado; gênero; raça; classe; saúde mental.

## Abstract

In this essay, we seek to unveil the collective production of both care and professional trajectories of women in the field of mental health, refuting the individualism and meritocracy that support this production. We adopted a complex theoretical framework that includes intersectional feminism, constructionist social psychology and the theory of care associated with the definition of integral care in public health. First, we briefly retrieve emblematic stories of referential women in the field of mental health. Then, we discuss the crossings of gender, race, and social class involved in the construction of professional trajectories and the production of care in that field. We defend the democratization of care as aligned both with the values of the Brazilian psychiatric reform, and as a path to equal opportunities.

**Key words:** care; gender; race; class; mental health.

---

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pela Unifacs (2009). Tem especialização em saúde mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela UNEB (2015). Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da UFBA. Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFBA (2022). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental (LEV) do IPS/UFBA. Psicóloga no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Calabetão, Salvador- BA. Professora da UniNassau Mêrces, Salvador- BA.

<sup>2</sup> Professora Associada IV do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Psicologia pela UFBA (1997), Mestrado (2000) e Doutorado em Saúde Pública/Coletiva (2005) pelo Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), Pós-doutorado em Psicologia Social pela Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) (2012-2015/2022). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental (LEV) do IPS/UFBA. Pesquisadora permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia (IPS/ UFBA).

## INTRODUÇÃO

Ubuntu é uma palavra das línguas zulu e xhosa da África Subsaariana que significa “eu sou porque nós somos”, título do nosso trabalho. Indica uma ética, uma filosofia de vida, que preza pela coletividade, pelos valores fraternos e que se expressa tanto no convívio social quanto no convívio com a natureza. Também expressa que a construção do eu passa pela/o outra/o, que é coletiva e que o bem-estar de um não pode se sobrepor ao bem-estar da coletividade, conforme José Lima (2018). Assim, ubuntu remete-nos a uma ética distante dos nossos valores capitalistas e que se aproxima tanto de um ideal de cuidado, quanto de uma produção coletiva das pessoas que queremos discutir aqui.

Embora este texto não se ocupe da produção coletiva do cuidado em tempos de pandemia da Covid-19, estamos escrevendo no momento em que deveríamos recorrer aos significados de Ubuntu, para além do esforço intelectual. Quando as decisões políticas, que não consideram devidamente os marcadores sociais, desdenham da saúde de parte da população brasileira, agravando suas condições de sobrevivência, ignorando um princípio maior: “eu sou porque nós somos”. Em vários âmbitos e contextos, as invisibilidades são históricas no Brasil, cabe-nos aqui desvelar a construção coletiva tanto do cuidado, quanto das trajetórias profissionais no campo da saúde mental, refutando o individualismo e a meritocracia, que sustentam referida construção.

Nesta direção, primeiro resgatamos brevemente histórias emblemáticas de mulheres que são referências no campo da saúde mental, mas que podem ser consideradas invisibilizadas. Em seguida, discutimos os atravessamentos de gênero, raça e classe social envolvidos nas escolhas das trajetórias profissionais na saúde mental e na produção de cuidado em tal campo. Para isso, assumiremos como referencial teórico a psicologia social construcionista (PSC), em aliança com a saúde coletiva, o feminismo interseccional e a teoria do *care* (que se ampliam conceitualmente com a perspectiva do cuidado integral).

A PSC apresenta-se como uma crítica à ciência positivista e aos seus reflexos na psicologia. Em contraste a uma psicologia de enfoque individual (até mesmo algumas outras posições da psicologia social), a PSC volta-se para as produções coletivas. Dessa forma, ratifica que todas as produções sociais, sejam elas científicas, artísticas ou até

mesmo aquelas que nos parecem mais íntimas, como as construções do eu, são frutos das interações sociais e, sendo assim, são construções coletivas, assevera Kenneth Gergen (1998, 2001).

Para a PSC o eu é construído de autonarrativas inteligíveis, produzidas nas interações sociais. A narração sobre si mesma/o para um/a outro/a faz com que a pessoa aprimore sua autonarração, na medida em que pode ser refutada, questionada ou reafirmada pela/o outra/o. Assim, a autonarrativa e o sentido de eu são interdependentes. Ademais, na construção das autonarrativas, outras narrativas e discursos participam, seja como forma de identificação para a pessoa ou como rechaço, exemplo com o qual não quer ser identificada/o. Essa concepção de construção do eu também ocorre para a performance de gênero. Destarte, demarca-se a importância de focalizar outras narrativas, sobretudo aquelas que ressaltam as produções femininas em uma abordagem não patriarcal, já que comumente as mulheres têm contado com poucas narrativas sobre si mesmas sem um viés machista/misógino, como analisam (MEDRADO; LIMA, 2018), inspiradas nas ideias de Kenneth Gergen (1998).

Podemos compreender melhor a maneira que as diferentes narrativas interagem na construção do eu recorrendo à divisão dos três tempos históricos definidos por Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013): o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto. O tempo longo relaciona-se com a história da civilização, o tempo vivido refere-se à história de socialização da pessoa e o tempo curto remete às interações cotidianas. Assim, as narrativas circulam socialmente pelos três tempos históricos, interagindo e produzindo novas narrativas. Dessa forma, acreditamos que as narrativas históricas das mulheres na saúde mental, que serão resgatadas em nosso texto, atuam na produção das narrativas de tempo vivido e de tempo curto das/os trabalhadoras/es desse campo.

É preciso definir qual concepção de cuidado em saúde que adotaremos em nosso ensaio. Alinhamo-nos à definição de Roseni Pinheiro (2009) que ratifica que:

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas [...] O ‘cuidado em saúde’ é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (s/p).

Entretanto, ainda fazemos uso das discussões produzidas na teoria do *care*, compreendendo-as também como feminismo interseccional, já que suas/eus teóricos/as têm se debruçado sobre a intersecção entre gênero, classe social e raça no âmbito do trabalho de cuidado. A teoria do *care* sofre influência dos estudos de Carol Gilligan sobre a ética do cuidado (ou *care*); e de Joan Tronto sobre as dimensões políticas do trabalho de *care*, associadas às desigualdades de gênero, raça e classe.

Contudo, em nossas leituras sobre o a teoria do *care* (PASSOS, 2018; HIRATA, 2016; HIRATA, 2014; MOLINIER, 2014; DEBERT, 2014; GEORGES; SANTOS, 2014; TRONTO, 2007), ela remeteu-nos, sobretudo, aos cuidados físicos (preparação de alimentos, troca de fraldas, realização de curativos, higienização do corpo etc.), por isso usamos o termo cuidado, em consonância com o cuidado integral em saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como destacamos em citação acima.

Além disso, o *care* nos denotou uma maior passividade daquela/e que é cuidado/a (PASSOS, 2018; HIRATA, 2016; HIRATA, 2014; MOLINIER, 2014; DEBERT, 2014; GEORGES; SANTOS, 2014; TRONTO, 2007), enquanto no cuidado integral em saúde, (idealmente) o cuidado deve ser pactuado entre aquela/e que cuida e aquela/e que é cuidada/o, demandando uma postura mais ativa da/o usuária/o de saúde.

Ademais, compreendemos que as teorias do *care* geralmente voltam-se mais a uma relação dissimétrica de classe em que aquelas/es que assumem o cuidado são mulheres (em sua maioria) mais pobres que aquelas/es que são cuidadas/os (PASSOS, 2018; HIRATA, 2016; HIRATA, 2014; MOLINIER, 2014; DEBERT, 2014; GEORGES; SANTOS, 2014; TRONTO, 2007). No cuidado em saúde no SUS a dissimetria de classe é comumente oposta. Em nosso entendimento, o *care* e o cuidado integral em saúde não são antagônicos (embora o trabalho de *care* tenha um caráter de maior subordinação e precarização), mas apreendemos o cuidado integral como mais amplo, podendo incluir o *care*. Por isso fundamentamos nossa leitura sobre o cuidado embasadas nesse complexo teórico.

## TRIBUTO ÀS ANTECESSORAS: RESGATE DA PARTICIPAÇÃO DE MULHERES NA SAÚDE MENTAL

A ideia de produção coletiva, da inexistência de “heróis individuais” se faz novamente presente quando analisamos a luta antimanicomial brasileira: um movimento encabeçado por trabalhadoras/es, familiares de usuárias/os e usuárias/os de hospitais

psiquiátricos. O movimento reformista brasileiro, que deu origem à Lei nº 10.216/01 e, mais recentemente, à Portaria nº 3.088/11, sofreu forte influência do Movimento de Psiquiatria Democrática italiano, tendo como principal representante Franco Basaglia.

Contudo, em tal produção coletiva sobre os movimentos reformistas psiquiátricos, a colaboração das mulheres tem sido escamoteada, como salientam Rachel Passos e Melissa Pereira (2017). Exemplo disso é a participação de Franca Basaglia no movimento italiano. Franca foi senadora, escritora e mãe, para além de esposa de Franco Basaglia. Maria Goulart (2012) ratifica que, em uma Itália extremamente conservadora da década de 1960, onde o divórcio e a contracepção eram proibidos, Franca atuou como militante estudantil e feminista. Ademais, Franca foi responsável pela primeira tradução do texto de Erving Goffman (GOULART, 2012) *A carreira moral do doente mental* para o italiano, posteriormente continuou a traduzir outras obras do autor. Assim, Franca Basaglia não foi uma mera apoiadora do marido, foi uma militante ativa no movimento antimanicomial italiano, como nos adverte Maria Stella Goulart (2012). Produziu textos sobre saúde mental, eutanásia e até um escrito intitulado (GOULART, 2012) *Mulher, loucura e sociedade*, bem como outros em que dividiu a autoria com Franco. Após a morte de Franco ela se elegeu senadora duas vezes, o que foi essencial para o movimento reformista italiano, pois auxiliou na regulamentação da Lei 180, conhecida como Lei Franco Basaglia (GOULART, 2012).

Outra importante contribuição feminina à saúde mental veio de Nise da Silveira. Nise foi a única mulher no curso de medicina num total de 157 alunos. Assim como Franca, Nise foi militante feminista chegando a ser presa por 15 meses acusada de ser comunista. Por conta disso, passa dez anos afastada do serviço público, assumindo cargo no Centro Psiquiátrico em Engenho de Dentro em 1944, conforme Sonia de Carvalho e Pedro Amparo (2006). Em oposição aos tratamentos psiquiátricos vigentes na época (eletroconvulsoterapia, coma insulínico, lobotomia), que considerava violentos, Nise é transferida para o setor de Terapia Ocupacional onde começou a oferecer atividades como jardinagem, pintura, costura, carpintaria etc. Juntamente com Almir Mavignier, Nise organiza um ateliê de pintura para as/os internas/os e, mais tarde, prepara uma exposição das obras produzidas no hospital. O investimento nesse tipo de terapêutica culmina na fundação do *Museu Imagens do Inconsciente*, em 1952, no Rio de Janeiro, Brasil.

A atuação de Nise da Silveira foi fortemente influenciada pela psicologia analítica de Carl Jung, com quem passa a se corresponder por cartas e que, futuramente, participaria da abertura de uma exposição do *Museu Imagens do Inconsciente* inaugurada

em Zurique. Nise também foi precursora na criação de um ambiente acolhedor para as/os internas/os no hospital psiquiátrico, com inserção de plantas, animais, realização de atividades ao ar livre e maior circulação das/os internos/as. Posteriormente, em 1954, seria fundada a *Casa das Palmeiras*, com os mesmos princípios já adotados, mas servindo como um ambiente intermediário entre o hospital e casa da pessoa em sofrimento mental (CARVALHO; AMPARO, 2006).

O pioneirismo de Nise da Silveira não se deu sem oposição, sobretudo de boa parte da comunidade médica. Entretanto, teve o apoio de uma equipe e entre suas parcerias estava Yvonne Lara da Costa ou, como é mais conhecida, Dona Ivone Lara. Yvonne Lara, mulher, pobre, negra e órfã desde a infância, foi uma das primeiras assistentes sociais negras, trabalhou no Hospital Psiquiátrico Gustavo Reidel no Engenho de Dentro, onde se aposentou em 1974, momento em que se assumiu plenamente como sambista. Formou-se primeiro em enfermagem, atuando a princípio no Hospital Colônia Juliano Moreira. Em seguida, forma-se como assistente social e passa a trabalhar no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, trabalhando em conjunto com Nise da Silveira, desenvolvendo atividades artísticas, principalmente musicais. Além da sua vanguarda na assistência social e na saúde mental humanizada, Yvonne Lara foi também a primeira mulher a assinar um enredo de escola de samba (PRAXIS ESPECIAL, s/d).

Ademais, a participação das mulheres na saúde mental se dá através da militância na liderança de associações de usuárias/os, como temos o caso em Salvador (BA) da Associação Metamorfose Ambulante (AMEA) sob o comando de Helisleide Bomfim; e da Associação Loucura de Nós, em Petrolina (PE), cuja presidenta é Lucia Batista (PEREIRA; BATISTA, 2017), apenas para citar alguns exemplos.

## GÊNERO, RAÇA E CLASSE: ATRAVESSAMENTOS NAS ESCOLHAS DE TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O cuidado é uma prática que teve sua origem no ambiente doméstico, privado. Nesse sentido, as práticas de cuidado eram (e ainda são, prioritariamente) desenvolvidas por mulheres e se perpetuavam de geração em geração com ensinamentos sendo passados desde a infância: cozinhar, lavar, passar, zelar pelas crianças etc. Assim, a sociabilidade feminina era/é alicerçada em torno das práticas de cuidado, de maneira tal que o domínio de tais atividades define o que em nossa sociedade é visto como um valor: a mulher prezada. Contudo, essa construção social é desprezada, sendo que a perícia feminina no

cuidado comumente é atrelada a uma essência feminina, a uma característica da “natureza feminina”, que define o que é ser uma mulher. O apelo ao essencialismo encobre o processo de socialização e, conseqüentemente, escamoteia uma série de fatores sociais envolvidos nas escolhas pessoais, tais como a escolha profissional. Dito de modo mais preciso, a crença em uma essência, em uma liberdade na construção do eu e em uma determinação natural às características relacionadas ao gênero ocultam a interdependência social na construção de tais características; é o que John Shotter e Josephine Logan (1993) chamam de “sexismo sem gênero”.

Nessa direção, é preciso ressaltar ainda a interação entre o gênero, a classe social e a raça/etnia em nossa sociedade e suas repercussões no cuidado. No contexto escravagista, eram as mulheres negras que assumiam os cuidados domésticos, inclusive amamentando as/os bebês das/os senhoras/es. Passado esse período, resta-nos uma herança vergonhosa que se reflete na associação entre a pobreza e a raça negra, com as pessoas negras ocupando os postos de trabalho mais precários e de piores salários. Conforme Flávia Biroli (2018), em 2013, no Brasil aproximadamente 50% das pessoas negras exerciam trabalho informal, enquanto entre as pessoas brancas o quantitativo era de 34%. Isso se agrava ainda mais entre as mulheres negras, que são o estrato populacional que menos acessa o trabalho formal (BIROLI, 2018). Assim, quando enfocamos o cuidado, são as mulheres negras que ocupam os postos de trabalho doméstico (talvez a ocupação profissional de menor prestígio em nossa sociedade), como babás e empregadas domésticas e que até o ano de 2013 não gozavam dos mesmos direitos trabalhistas das/os demais trabalhadoras/es<sup>3</sup>.

As mulheres, sobretudo as mais pobres e as negras, sempre ocuparam as tarefas de cuidado de crianças, idosos, pessoas com deficiência e doença mental. Não seria diferente na profissionalização de tais funções, como afirma Helena Hirata (2016):

Os múltiplos atores do cuidado (Estado, mercado, família, organizações não governamentais, organizações sem fins lucrativos, associações, instituições filantrópicas, trabalhadores/as voluntário/as etc.) combinam-se e atuam de maneira bastante desigual e assimétrica em cada contexto societal, mas, em todas as combinações, pode-se afirmar a centralidade do trabalho das mulheres (p.54).

No trabalho em saúde e, em específico na saúde mental, o domínio feminino e a subjugação das mulheres negras e pobres ainda se mantém. Concernente a isso, Rachel

---

<sup>3</sup> Lei complementar nº150, de 1º de junho de 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp150.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm)

Passos (2018), em estudo sobre as/os cuidadoras/es de Residências Terapêuticas (RT), que ela identifica como trabalhadoras/es do *care*, na cidade do Rio de Janeiro, constatou que 88% da equipe era composta por mulheres, das quais 72% eram negras. Referente à escolaridade, apenas 5% tinham ensino superior completo e a maioria (64%) possuía o ensino médio completo. Destaca-se que o trabalho de cuidador/a na RT não exige formação, apresenta vínculo precarizado e alta rotatividade nessa cidade. Tal panorama, conforme Rachel Passos e Melissa Pereira (2017), é uma nova roupagem do que foi instituído nos primeiros manicômios do país, onde o trabalho de mulheres negras (escravizadas, livres ou libertas) era utilizado nas funções de limpeza e cuidados das/os pacientes. Assim, o caminhar da reforma psiquiátrica foi às custas das mulheres, particularmente, as negras:

Isso nos mostra que a Reforma Psiquiátrica pode se assentar no trabalho feminino precário para poder “avançar”. Neste cenário, nos deparamos com o fato de que na pirâmide social o trabalho das mulheres negras é o que possui menor valorização e, por consequência, a pior remuneração, realidade que se agravará de maneira drástica nos próximos anos, se considerarmos a Reforma da Previdência que está em curso no país. A saúde mental, ao reproduzir a lógica da precarização do trabalho, pode representar a permanência das opressões às mulheres trabalhadoras, em especial as negras (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 44).

Entretanto, talvez os resultados da pesquisa de Rachel Passos (2018) sobre a maioria das/os cuidadoras/es do Rio de Janeiro ser mulher só expressem a preponderância feminina na saúde mental como um todo. Entre os/as trabalhadores/as dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>4</sup> de Salvador, por exemplo, as mulheres representam 76% (401) das/os profissionais (CNES, 2018). Ainda referente às informações dos CAPS de Salvador, entre aquelas/es cadastradas/os no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2018) como cuidadoras/es de saúde, as mulheres representam 53,4%. Entre as/os trabalhadoras/es de limpeza, as mulheres representam 74,3%. Além disso, as mulheres são 71,4% no trabalho de artesanato e 89,7% das/os técnicas/os de enfermagem. Ou seja, as mulheres são maioria nas profissões de menor escolaridade, o que só não ocorre nos cargos de agente de segurança (100% masculino) e educador/a social (83,3%

---

<sup>4</sup> Os CAPS são os serviços especializados de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial é composta por uma série de outros serviços, mas o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de onde tiramos as informações sobre as/os profissionais de Salvador contidas neste texto, não faz muitos refinamentos na busca. Assim, escolhemos gerar uma planilha com as informações de todas/os as/os trabalhadoras/es de saúde da cidade cadastrados no CNES e retirar as informações que tangem aos objetivos de nosso ensaio. Devido à dificuldade de trabalhar com um banco de dados tão abrangente e no qual não há a identificação do sexo (a identificação do sexo foi feita por meio do nome do/a trabalhador/a), resolvemos enfocar apenas os CAPS. Além disso, usamos só os números dos CAPS de gestão municipal.



homens). Contudo, tais estatísticas quanto à ocupação feminina nesses cargos só são expressivas porque as mulheres são maioria na equipe como um todo. Quando analisamos o total de mulheres e o total de homens em relação à ocupação de nível superior, temos 51% e 31%, respectivamente, ou seja, a maioria dos homens (69%) ocupa cargos que exigem menor escolaridade. Abaixo apresentamos como estão distribuídos cada sexo em relação à profissão de nível superior (Tabela 01).

Tabela 01: Profissionais de nível superior dos CAPS de Salvador.

Profissão	Homens	Mulheres	Total
Psiquiatra	10	16	26
Assistente social	02	41	43
Psicóloga/o	06	42	48
Terapeuta ocupacional	01	37	38
Educador/a físico/a	07	13	02
Enfermeira/o	05	37	42
Médica/o clínica/o	02	07	09
Pedagoga/o	00	01	01
Farmacêutica/o	06	11	17
Nutricionista	00	01	01
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>206</b>	<b>245</b>

Fonte: informações do CNES consultadas no dia 15/08/2018 e organizadas pelas autoras.

As informações sobre as/os trabalhadoras/es dos CAPS de Salvador nos ajudam a perceber a face gendrada do cuidado em saúde. As mulheres assumem mais os cargos relacionados ao cuidado, habilidades manuais e expressividade, ao passo que os homens dominam o cargo relacionado ao uso da força (cargo de segurança). Tal configuração não pode ser atribuída a uma essência feminina ou masculina, mas sim aos papéis sociais que têm sido historicamente solidificados sobre o “ser homem” e “ser mulher”. São construções sociais que, para além do tempo longo (SPINK; MEDRADO, 2013), atravessam também as histórias de cada sujeito - o tempo vivido, conforme definição de Spink e Medrado (2013) - o que nos diz que as supostas escolhas individuais são mais complexas e têm mais dimensões envolvidas para além da vontade da pessoa. Nessa direção, estamos de acordo com Rachel Passos (2018) quando sinaliza que as próprias emoções são construções sociais e que, na determinação de atividades masculinas e femininas, aos homens são atribuídas as tarefas que demandam agressividade e frieza, já às mulheres são atribuídas as atividades que demandam empatia, gentileza, delicadeza. Conformer-se a tais atividades permite também corroborar uma certa performance de gênero, o que faz com que determinadas mulheres possam ser vistas como mais ou como menos femininas, por exemplo, se sua atuação profissional é mais próxima ou mais distante de um trabalho socialmente considerado “feminino”.

Infelizmente, o CNES (2018) não traz informações quanto à raça/etnia das/os profissionais, mas outros números nos auxiliam a pensar os atravessamentos de raça, gênero e classe social e a desmistificar a “essência” feminina supostamente envolvida no cuidado em saúde e nas escolhas profissionais. Com essa intenção, consultamos as páginas dos conselhos de medicina, enfermagem e psicologia.

Na medicina, os homens representam 54,4% e as mulheres 45,6% dos/as profissionais em atividade. Contudo, a disparidade entre o quantitativo de médicos e médicas vem diminuindo ao longo dos anos: em 1910 as mulheres eram apenas 5% dos novos registros, já em 2010 representavam 52,46% dos novos registros. Além disso, as mulheres já são maioria nas faixas de 29 anos ou menos e entre 30 e 34 anos. Não encontramos informações sobre a raça/cor das médicas/os (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011, 2018).

Na enfermagem as mulheres representam 86,2%, ao passo que os homens ocupam 13,4% (0,4% não responderam a esse quesito na pesquisa). Quanto à raça/cor, entre enfermeiras/os, 57,9% são brancas/os, 31,3% pardas/os, 6,6% pretas/os, 2,5%

amarelas/os e 0,3% indígenas. Entre as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem<sup>5</sup> as mulheres são 84,7%. Relativo à raça/cor entre elas/es: 44,5% declararam-se pardas/os, 37,6% brancas/os, 12,9% pretas/os, 1,8% amarelas/os e 0,6% indígena. Outro dado relevante é a disparidade quanto ao grau de escolaridade dos pais das/os enfermeiras/os em comparação com as/os técnicas/os e auxiliares: 7,7% das/os enfermeiras/os possui pai (ou equivalente) sem escolaridade e 31,5% com ensino superior, 8,5% têm a mãe (ou equivalente) sem escolaridade e 20,4% a mãe possui ensino superior; entre as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem, 15,9% têm a figura paterna sem escolaridade e 7,8% têm o pai (ou equivalente) com ensino superior, 20,4% delas/es têm a mãe sem escolaridade e 4,7% com ensino superior (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

Na psicologia, as mulheres são 86,72% e os homens 13,28% (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019). Sobre raça/cor, só encontramos informações sobre as psicólogas: 67% se declaram brancas e 25% se declaram pardas, de acordo com pesquisa do CFP analisada por Louise Lhullier e Jéssica Roslindo (2013).

Em nenhuma das páginas dos referidos conselhos encontramos referências à identidade de gênero e orientação sexual. Quanto à classe social, apenas as informações da carreira de enfermagem sobre a escolaridade dos pais dão indícios do abismo social entre enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem. Retomando tais números a porcentagem de pai ou mãe com ensino superior entre enfermeiras/os é próxima a porcentagem de pai ou mãe sem escolaridade entre técnicas/os ou auxiliares de enfermagem. Assim, percebe-se a pouca mobilidade social intergeracional entre técnicas/os e auxiliares de enfermagem - função que não exige ensino superior -, os escassos recursos sociais das/os mães/pais tiveram reflexo na vida das/os filhas/os. Ainda sobre tais informações, é válido destacar que as mães das/os trabalhadoras/es de enfermagem tendem a apresentar porcentagem menor do que os pais quando se refere ao acesso ao ensino superior, e valores maiores quanto à falta de escolarização. Tais disparidades não serão corrigidas apenas por “força de vontade”, pelo empenho de cada pessoa, carece de ação estatal, de políticas de cuidado - conforme discutido em artigo de Mariana Marcondes (2020) - como políticas de ação afirmativa como as cotas raciais universitárias.

---

<sup>5</sup> Atualmente já não existe a função de auxiliar de enfermagem, tais profissionais foram redefinidos como técnicas/os de enfermagem.

Esses números dão pistas de que, no que diz respeito ao delineamento das trajetórias profissionais, há muito mais fatores envolvidos do que méritos pessoais. Em países com desigualdades sociais tão marcantes, como o Brasil, recorrer ao individualismo para justificar as trajetórias é retroalimentar as desigualdades. Isso porque cremos - em aproximação com as ideias de Joan Tronto (2007) - que, entre outros fatores, o individualismo encobre toda uma cadeia de cuidados que está por trás da vida de todas as pessoas. Mesmo aquelas mais autônomas fizeram uso ou ainda fazem uso de algum tipo de cuidado, mas o acesso ao cuidado é desigual. As pessoas que têm menos recursos materiais não conseguem “contratar tais serviços<sup>6</sup>” ou dispõem de menos tempo para realizá-los (muitas vezes porque estão cuidando de outras/os) e, conseqüentemente, não conseguem “investir” na própria trajetória profissional.

Nessa direção, cabe destacar a síntese de Flávia Biroli (2018) de como nos tornamos quem somos:

No debate sobre a responsabilização e cuidado, a crítica à dualidade entre esfera pública e privada também é fundamental. Quando essa dualidade não é problematizada, as trajetórias dos indivíduos podem ser apresentadas como distintas e independentes das relações na vida privada e das formas cotidianas de interdependência. O “sucesso” ou o “fracasso” individual, assim como a configuração familiar, podem ser apresentados como se fossem resultados de escolhas voluntárias, em vez de desdobramentos de uma série de injunções e do conjunto das alternativas disponíveis de fato. Em modelos teóricos nos quais as esferas pública e privada são autonomizadas, as relações na vida doméstica cotidiana e a influência desmedida dos agentes econômicos (que produz decisões orientadas pela lógica do lucro) podem não ser computadas na compreensão *do modo como os indivíduos se tornaram quem são* [grifo da autora] (BIROLI, 2018, p. 62).

Além de repensar a dicotomia público/privado no que se refere ao cuidado ainda é preciso repensar a dicotomia cuidador/a-cuidado/a e dependência-independência. Joan Tronto (2007) alerta para a circulação do cuidado, não existe aquela/e que possa prescindir do cuidado na medida em que somos todas/os vulneráveis. Assim, a dicotomia entre aquela/e que cuida e aquela/e que é cuidada/o é “[...] uma forma de evitar o reconhecimento de que os que cuidam também são vulneráveis, carentes e incompetentes. Essas qualidades são retiradas dele e atribuídas somente a quem recebe o cuidado” (TRONTO, 2007, p.296). A autora ainda afirma que a discussão sobre cuidado deveria ter centralidade nos regimes democráticos, visto que a solução para as desigualdades

---

<sup>6</sup> Entre as/os teóricas/os do *care* existe uma discussão sobre o cuidado se configurar ou não como um serviço. Não discutiremos isso neste texto, para saber mais recomendamos o texto de Joan Tronto (2007) *Assistência democrática e democracias assistenciais*.

envolvidas no cuidado seria a democratização do cuidado, o que está no cerne de uma proposta de igualdade de oportunidades.

Quando nos propomos a tentar desnudar a trama de desigualdades envolvidas no cuidado percebemos que não é mero acaso o déficit de médicas/os fora dos grandes centros do país e nem é uma suposta essência feminina que nos ajudará a entender porque as mulheres são maioria na psicologia e enfermagem, mas na carreira em saúde de maior *status* nós, mulheres, ainda caminhamos para paridade. Para além de meras estatísticas, os referidos números nos ajudam a pensar em quem são as/os profissionais de saúde no nosso país e como se configuram as desigualdades de gênero, raça, classe social, entre outras, tanto no que concerne às relações entre as/os profissionais e usuárias/os quanto entre as/os profissionais entre si.

Sobre as relações entre as/os profissionais, em seu texto *Cuidado, Interseccionalidade e Feminismo*, Pascale Molinier (2014) discorre sobre os resultados de sua pesquisa etnográfica que originaram seu livro *Le travail du care*, mais especificamente àqueles sobre os diversos conflitos de classe social e, sobretudo, de raça/etnia, entre a equipe de uma instituição de longa permanência para pessoas idosas dependentes na França. A autora relata as inúmeras ofensas raciais e imposições de subordinação dirigidas pelas/os profissionais de nível hierárquico mais alto às/aos cuidadoras/es negras/os de diversas origens. Tal postura, segundo Molinier (2014), contradiz o próprio cuidado já que “[...] o bem-estar de uns não pode repousar sobre a servidão de outros” (p.20). Nesse texto a autora ainda aborda as repercussões negativas à publicação do seu livro, principalmente no que se refere a ter mencionado a cor e origem étnica das trabalhadoras: parte das/os leitoras/es do livro não conseguiu entender qual o sentido de se falar sobre raça/etnia ao analisar o trabalho do cuidado. Mas afinal, por que falar sobre raça/etnia ao estudar o trabalho de cuidado? Enfocar tal tema, bem como questões relativas ao gênero e à classe que interferem no cuidado permite trazer à tona situações que muitas vezes são silenciadas, invisibilizadas ou mesmo sequer percebidas, é preciso nomeá-las, já que

O racismo ou o classismo não são necessariamente estratégias conscientes, o seu conteúdo com frequência apresenta-se como clichês ou como estereótipos integrantes de um imaginário social, o qual se impõe ao pensamento. [...] Essa suspeita só pode vir à mente de pessoas que pensam que o racismo existe e que é comum (MOLINIER, 2014, p.24).

Conflitos de classe entre a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) igualmente não são incomuns. Rosana Onocko Campos e Ivana Baccari (2011) encontraram atritos entre a equipe de nível médio e os profissionais de nível superior de um CAPS III: as/os auxiliares e técnicas/os de enfermagem se sentiam discriminados pelas/os profissionais de nível superior, relataram que não eram escutadas/os e que suas opiniões não eram respeitadas pelas/os demais. Ana Carolina Medrado (2017) também se deparou com conflito de classe entre trabalhadoras/es ao realizar uma pesquisa de dissertação em um CAPS de Salvador. Parte das/os entrevistadas/os relatou discriminação por conta da diferença do nível de escolaridade entre a equipe, referindo que aquelas/es de menor escolaridade eram colocadas/os em uma situação de subserviência por aquelas/es com ensino superior. Tais situações comprometem a horizontalidade das relações entre os/as profissionais e o trabalho em equipe, que deveriam ser imperativos no CAPS.

Além dessas diferenças de classe, que poderíamos considerar externas ao serviço, a própria diversidade de vínculos de trabalho cultiva desigualdades entre as/os trabalhadoras/es. Novamente recorrendo às informações do CNES (2018) sobre as/os funcionárias/os dos CAPS de Salvador, constatamos que 103 profissionais são vinculadas/os por contrato de tempo determinado, o que corresponde a 19,5% do total de profissionais. São poucas/os em relação ao total, mas é válido destacar como esse vínculo está distribuído. Entre as/os contratadas/os por tempo determinado, 36,8% ocupam o cargo de cuidador/a em saúde (provavelmente atuam nas residências terapêuticas), 23,3% são trabalhadoras/es da limpeza e 20,3% são médicas/os. Entre as/os 35 trabalhadoras/es da limpeza, 25 são mulheres (71,4%) e do total das/os trabalhadoras/es de limpeza apenas 12 são celetistas, as/os demais são todas/os contratadas/os por tempo determinado. Já as/os cuidadoras/es em saúde totalizam 58, entre elas/es 12 são estatutárias/os e 38 são contratadas/os por tempo determinado. Destoando dos resultados da pesquisa de Rachel Passos (2018) no Rio de Janeiro, há maior paridade entre homens e mulheres que ocupam o cargo de cuidador/a em saúde em Salvador: as mulheres representam 53% na atividade. Entre as/os 35 médicas/os, 14 são estatutárias/os e 21 são contratadas/os. Chama a atenção que as/os médicas/os estejam no quantitativo de vínculo mais precarizado, mas supomos que elas/es gozam de vantagens como maiores salários e menor carga horária no serviço quando em comparação com as/os demais trabalhadoras/es citadas/os.

As diferenças quanto à modalidade de contratação ainda são fonte de tensão entre a equipe. Juliana Baião et al. (2017), realizando pesquisa em dois CAPS de Salvador em período de transição da equipe, verificaram que existiam três tipos de vínculo entre os técnicos de nível superior: Termo de Ajuste e Conduta (TAC), Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e o regime de administração pública. Segundo as/os entrevistadas/os, a entrada de novas/os profissionais estatutárias/os causou mobilização no restante da equipe com vínculos precarizados, gerando subdivisões no grupo relacionadas ao tipo de contratação. Uma das entrevistadas afirma que as/os profissionais veteranas/os com vínculos precários percebiam as/os novatas/os como uma ameaça, o que gerava uma série de emoções negativas entre a equipe. Isso desvela o componente político do cuidado: o regime de contratação, a carga horária de trabalho e o salário não são escolhas pessoais de cada profissional, são resultado de decisões políticas que mantêm e retroalimentam a concentração de poder, e que terão impacto na vida doméstica de tais trabalhadoras/es. Assim, cabe novamente lembrar a máxima feminista: “o privado é político”.

Nessa direção, assentimos com Rachel Passos (2018) quando afirma que o campo da saúde mental não pode priorizar apenas as/os usuárias/os:

É preciso problematizar as condições de trabalho, a qualificação profissional e os modelos de vínculos empregatícios, pois são fundamentais para o andamento e a efetivação dessa política. Não é possível buscar uma transformação societária sem questionar o modelo vigente. A busca pela mudança na saúde mental precisa estar assentada em um projeto societário de transformação que envolva todos os sujeitos, sejam eles usuários, profissionais, familiares ou a sociedade de modo geral. (p.175-176)

Partimos da premissa que no serviço de saúde todas/os participam das práticas de cuidado: funcionárias/os da limpeza, médicas/os, seguranças, psicólogos/as, todas/os são responsáveis pelo cuidado das/os usuárias/os que acessam o serviço. Assim, concordando com Tronto (2007) sobre a importância da democratização do cuidado, entendemos que “o propósito para o qual o cuidado deveria ser direcionado é tornar a sociedade o mais democrática possível” (p. 290) o que implica ação estatal e estabelecer vínculos precários em um serviço público, sobretudo para aquelas/es em condições de maior vulnerabilidade social, caminha na contramão da democratização do cuidado, da distribuição de recursos. Ademais, como analisa Raquel Soares (2014), o vínculo temporário repercute num cuidado fragmentário e individualista, bem como representa tanto uma precarização do trabalho quanto da assistência em saúde, contrariando os valores ideológicos do SUS e servindo ao seu desmonte, o que tem sido identificado como contrarreforma sanitária.

## UBUNTU: PELA DEMOCRATIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Neste ensaio, valem-nos das contribuições da psicologia social construcionista (PSC), da saúde coletiva, do feminismo interseccional e das teorias do *care* para pensar o cuidado em saúde mental. Assim, além dos atravessamentos entre gênero, raça e classe social na produção do cuidado e nas construções do eu, lançamo-nos em atravessamentos disciplinares, indo além da psicologia para alcançar nossos objetivos. Outrossim, promovemos uma tentativa de articular o trabalho do *care* com o cuidado em saúde, compreendendo que guardam afinidades e compartilham as mesmas problemáticas. Com isso, nossa intenção foi não hierarquizar os diferentes tipos de cuidado, partindo de uma acepção expandida de saúde.

Na seção intitulada “Tributo às antecessoras: resgate da participação de mulheres na saúde mental”, promovemos uma breve retomada das histórias de mulheres referências na saúde mental, alinhadas a um compromisso ético-político assumido desde o projeto de tese da autora principal deste texto, do qual deriva este ensaio, e reafirmado em artigo anterior produzido pelas autoras (MEDRADO; LIMA, 2018). Defendemos a relevância das narrativas na construção do eu e, mais ainda, a importância de dar notoriedade às narrativas sobre e das mulheres que desfamiliarizam (SPINK; FREZZA, 2013) o essencialismo e a universalização do feminino. Destacar outras narrativas sobre as mulheres é ir de encontro àquelas produzidas, principalmente, pela ciência biomédica, que concebe o homem como norma e medicaliza e patologiza o corpo feminino. Assim, resgatar tais narrativas também é construir saúde e, em certa medida, é construir cuidado.

Ademais, assumindo as produções coletivas, como refere a PSC, defendemos que as histórias de nossas antecessoras também compõem um pouco do nosso eu, não somente as histórias de mulheres de grande destaque, mas - e sobremaneira - as histórias de nossas avós, nossas mães, nossas tias, nossas babás. Por trás de todo cuidado que oferecemos estão os corpos dessas mulheres, em um mosaico de cuidado. Retomando os três tempos históricos definidos por Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013) (o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto), enredamos pessoa e coletivo, singular e plural, na compreensão em que a narrativa de cada pessoa compõe a história de tantas outras de maneira única, ubuntu.

Estimulando a noção de que as produções são coletivas, é preciso pensar o cuidado como uma produção coletiva, fruto de escolhas políticas, de uma série de narrativas e



discursos que se propagaram ao longo da história, ajudando a configurar os papéis que cada pessoa assume no cuidado. Contudo, entendendo que tais produções sociais são dinâmicas e que a maneira como determinados marcadores sociais interagem é única na história de cada pessoa. Assim, ao demarcarmos as desigualdades sociais na construção do eu e do cuidado em saúde, não temos a intenção de culminar num determinismo social do qual não há escapatória. Mas talvez indicar que a interação entre tais marcadores é mais complexa do que conseguimos analisar no momento. Por outro lado, se assumimos tal risco, aceitamos que focar tais relações desfamiliariza, no sentido atribuído por Mary Jane Spink e Rose Frezza (2013), os méritos individuais como explicação absoluta e inquestionável.

Por fim, queremos asseverar nosso alinhamento com a democratização do cuidado discutido por Joan Tronto (2007). Destarte, asseveramos que cuidar também significa cuidar da pluralidade dentro e fora dos serviços de saúde. Somos todas/os diferentes, mas as nossas diferenças não devem se expressar em desigualdades sociais. O desafio do cuidado democrático é um desafio ao imperativo individualista, ao imperativo capitalista. Resta saber se ainda é possível discutir o cuidado como um preceito democrático em um momento de ruína da democracia do nosso país, de aprofundamento das desigualdades, de rechaço e perseguição às diferenças. Defender a democracia é outro dos nossos desafios.

## REFERÊNCIAS

BAIÃO, Juliana Jesus et al. O trabalho em saúde mental: condições de trabalho e a relação com o sofrimento dos trabalhadores. In: GOÉS, Ângela Cristina Fagundes; ARAÚJO, Patrícia Sodré; VALE, Paulo Roberto Lima (Orgs.). **Atenção à saúde no SUS: reflexões sobre saúde mental e atenção básica**. Salvador: EDUNEB, 2017.

BIROLI, Flávia. Cuidado e responsabilidades. In: BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

CAMPOS, Rosana Onocko; BACCARI, Ivana Preto. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2051–2058, 2011.

CARVALHO, Sonia Maria Marchi de; AMPARO, Pedro Henrique Mendes. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. **Clássicos da Psicopatologia**, v. IX, n. 1, p. 126–137, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**: banco de dados. Brasília: FIOCRUZ/COFEN, 2013. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <[http://www.flip3d.com.br/web/temp\\_site/edicao-1415db70fe9ddb119e23e9b2808cde38.pdf](http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-1415db70fe9ddb119e23e9b2808cde38.pdf)>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <[http://www.flip3d.com.br/web/temp\\_site/edicao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf](http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf)>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A psicologia brasileira apresentada em números**. Disponível em: <<http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

DEBERT, Guita Grin. Arenas de conflito em torno do cuidado. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, p. 35–45, 2014.

GERGEN, Kenneth. **Realidades y relaciones**: aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós, 2011.

GERGEN, Kenneth. **Narrative, moral identity and historical consciousness**: a Social Constructionist account (1998). Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/84a2/4510c02cf02045ebecdfa135a09e2cf68230.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

GEORGES, Isabel P. H.; SANTOS, Yumi Garcia dos. Olhares cruzados: relações de cuidado, classe e gênero. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 26, n. 1, p. 47–60, 2014.

GOULART, Maria Stella Brandão. Basaglia: a Franca. In: PORTUGAL, Francisco Teixeira; JACÓ-VILELA, Ana Maria (Orgs.). **Clio-psyché**: gênero, psicologia, história. Rio de Janeiro: NAU, 2012.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 26, n. 1, p. 61–73, 2014.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado: comparando Brasil, França e Japão. **SUR**, v. 13, n. 24, p. 53–64, 2016.

LHULLIER, Louise; ROSLINDO, Jéssica. As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. In: LHULLIER, Louise (Org.). **Quem é a psicóloga brasileira?** Mulher, psicologia e trabalho. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.



LIMA, José. Ubuntu: “eu sou porque nós somos”. **Jornal GGN**, 2018. Disponível em: <<https://jornalggm.com.br/noticia/ubuntu-eu-sou-porque-nos-somos-2/>>. Acesso em 26 de junho de 2019.

MARCONDES, Mariana Mazzini. Transversalidade de gênero nas políticas de cuidado. **Revista Feminismos**, v.8, n.3, p. 176-189, 2020.

MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira. **O trabalho em saúde mental: sofrimento e transformação dos sujeitos**. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho). Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira; LIMA, Mônica. “Ainda assim me levanto”: as narrativas históricas e a construção do eu feminino. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 1348-1371, 2018.

MOLINIER, Pascale. Cuidado, interseccionalidade e feminismo. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, p. 17–33, 2014.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino**. São Paulo: Cortez, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; BATISTA, Lucia. Mulheres Unidas: entrevista com Lucia Batista. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 10 de junho de 2019.

PRAXIS ESPECIAL. **Dona Ivone Lara e o Serviço Social**. Rio de Janeiro: CRESS, s/d. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2018/04/Dona-Ivone-Lara-Praxis-entrevista.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2018.

SHOTTER, John; LOGAN, Josephine. A penetração do patriarcado: sobre a descoberta de uma voz diferente. In: GERGEN, Mary McCanney (Ed.). **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos/Edunb, 1993.

SILVEIRA, Nise (Org.). **Casas das Palmeiras: a emoção de lidar, uma Experiência em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Alhambra, 1986.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira (Org.). **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, Mary Jane. **Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane. **Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, v. 22, n. 2, p. 285–308, 2007.