



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

Mariana Mota Da Silva

**RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM
SOFRIMENTO MENTAL NO CONTEXTO DE DESRESPONSABILIZAÇÃO DO
ESTADO:**

**Uma análise das legislações brasileiras em saúde mental entre os anos de
1990 à 2014**

Brasília

2015

Mariana Mota da Silva

**RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM
SOFRIMENTO MENTAL NO CONTEXTO DE DESRESPONSABILIZAÇÃO DO
ESTADO:**

**Uma análise das legislações brasileiras em saúde mental entre os anos de
1990 à 2014**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharela em Serviço Social, pela Universidade de Brasília – UnB, sob orientação da Professora Priscilla Maia de Andrade.

Brasília

2015

**RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM
SOFRIMENTO MENTAL NO CONTEXTO DE DESRESPONSABILIZAÇÃO DO
ESTADO:**

**Uma análise das legislações brasileiras em saúde mental entre os anos de
1990 à 2014**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
à Universidade de Brasília, como parte das
exigências para a obtenção do título de
bacharela em Serviço Social.

Brasília, 29 de junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ma. Priscilla Maia de Andrade
Orientadora – SER/UnB

Prof^ª. Dr^ª. Andréia de Oliveira
SER/UnB

Prof. Ma. Lucélia Luiz Pereira
SER/UnB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida. À espiritualidade maior que me acompanha e me protege diariamente, soprando sabedoria e acalmando o meu coração.

À minha amada mãe, Prudência da Cruz Mota, por ser amiga, educadora, guia e guardiã; sou muito grata por seu amor e apoio incondicional.

À Priscilla Maia, mais do que pelas trocas acadêmicas e profissionais, por acreditar no meu sucesso e pela compreensão diante das adversidades. Muito obrigada por esses três anos de convivência.

À Andréia de Oliveira e Lucélia Pereira, por terem aceitado compor a minha banca ainda que com o curto prazo em meio a toda correria de final do semestre. Agradeço especialmente à Karen Santana Vieira de Almeida, minha primeira orientadora de iniciação científica, que contribuiu sobremaneira à minha formação acadêmica. Obrigada pelo carinho e dedicação.

À Rebecca Religare, pelo companheirismo, força, sorrisos e amor. Não há retribuição à altura.

Às minhas queridas amigas de Universidade Denise Ferreira, Mônica Wianine, Rayla Gonçalves, Loyane de Andrade, Laís Cristiane, Ana Karoline, Mayã Fernandes, Rhayane Almeida, vocês são mulheres que me inspiram. À gestão OLGA na qual pude estar ao lado das pessoas mais comprometidas com o desafio de pintar a Universidade com as cores das mulheres negras da periferia, Daphne Marra, Natália Ferreira, Árina Cynthia, Kaic Ribeiro, Wemmia Anita, Anna Bárbara, e todas as outras - vocês me representam. Às minhas irmãs da Coletiva mais colorida do Distrito Federal, a Corpólítica, com vocês tenho desconstruído e reconstruído milhares de ideias e ganhado uma família.

À Raíssa Ferreira, Artur Cabral e Saul Araújo, ainda que distantes, sempre presentes em sonhos, mensagens e nos esbarrões pelas cidades. À Júlia Freire, pelo empréstimo mais do que prolongado do computador.

Às minhas tias, Dorece e Miriam, sem as quais eu não teria chegado tão longe. Agradeço o apoio material e emocional. Ao meu padrinho, Creone, um segundo pai, que mesmo diante de todas as dificuldades se fez sempre presente. À Fernanda Mota e Amanda Mota, minhas irmãs de sangue e de coração, pela convivência e confidências.

Às minhas supervisoras de campo, Denise de Oliveira, Luciana de Castro, Ivanda Martins, por serem exemplo profissional e pelo afeto. Obrigada por contribuírem com o meu crescimento profissional e pessoal. A todas, o meu muito obrigada!

“Mas que se atente para os hospícios, as prisões, e as favelas, como lugares privilegiados da culpabilidade enquanto dominação e repressão.”

Gonzalez, 1984

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso volta-se para a análise das legislações brasileiras em saúde mental entre os anos de 1990 à 2014, analisando em que medida a família é apresentada como parte do processo psicossocial e responsabilizada pelo cuidado de seus membros em sofrimento mental. O trabalho se divide em três capítulos: o primeiro capítulo aborda a discussão da saúde pública no Brasil e o resgate histórico de experiências em assistência à loucura no Brasil e na Europa; o segundo capítulo debate as configurações e concepções de família com base em discussões de gênero; e o terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados, os resultados e as análises possíveis a partir dos dados encontrados nas legislações, resgatando a discussão teórica. A pesquisa adotou metodologia de natureza qualitativa, utilizando-se da pesquisa documental. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das palavras-chave: política de saúde; saúde mental; família; loucura; e, gênero. Para tanto, foram consultadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online - *SciELO*, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES Periódicos, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Google Acadêmico e Pergamum - BCE/UnB, bem como bases governamentais, como a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. No total, foram contabilizados 128 documentos, dos quais 33 apresentaram em seu texto a palavra “família”, registrada 142 vezes no total. Das 142 ocorrências da palavra família, 29 faziam referência direta ou indireta à Estratégia de Saúde da Família e 13 aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ao analisar os documentos percebeu-se que na proposição de serviços voltados ao atendimento das usuárias em sofrimento mental há grande preocupação com o reestabelecimento de vínculos e laços familiares que possibilitem acolhimento, integração e inserção social para suporte e cuidado dessas pessoas. Entretanto, a convivência familiar foi descrita como um direito poucas vezes, predominando a concepção deste como responsabilidade e obrigatoriedade. Nesse sentido, observou-se que muitas das bandeiras de luta elencadas pelos movimentos de reforma em saúde estão presentes e sendo consolidadas por meio também dos textos legais, mas que muitas concepções conservadoras ainda estão presentes. No entanto, o posicionamento do Estado diante do modelo de proteção social que quer adotar é determinante para a proteção das sujeitas em sofrimento mental e a não responsabilização das mulheres dessas famílias.

Palavras-chave: Saúde mental, família, legislação, cuidado.

RESUMEN

Este Trabajo de Conclusión del Curso se vuelve para el análisis de las legislaciones brasileñas en salud mental hacia el año de 1990 hasta 2014; buscando comprender en qué medida la familia es presentada como una parte del proceso psicosocial siendo responsabilizada por el cuidado de sus miembros en sufrimiento mental. El trabajo se divide en tres apuntes principales: el primer es la discusión de la salud pública en Brasil y el rescate histórico de experiencias en asistencia de locura en Brasil y en Europa; el segundo capítulo debate las configuraciones y concepciones de la familia, construyendo un análisis basándose en discusión de género; el tercer apunte trae los procedimientos metodológicos utilizados, los resultados y las síntesis posibles apartir de los datos vistos en las legislaciones, haciendo rescate de la discusión teórica. La pesquisa adoptó metodología cualitativa, usando de pesquisa documental. El levantamiento bibliográfico fue realizado basándose en las palabras-claves: política de salud; salud mental; familia; locura; y, género. Para eso, fueran consultadas las bases de datos Scientific Electronic Library Online - *Scielo*, la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES Periódicos, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Google Acadêmico y Pergamum - BCE/UnB, así como bases gubernamentales, como la Biblioteca Virtual del Ministerio da Saúde. En todo, fueran registrados 128 documentales, de los cuales 33 presentaban en su texto la palabra “familia” – 142 veces. En las ocurrencias, 29 hacían referencia directa o indirecta a la Estratêgia de Salud de la Familia y 13 a los Nucleos de Apoyo a la Salud de la Familia. En el análisis de los documentales se notó que la proposición de los servicios vueltos al atendimento de las usuarias en sufrimiento mental existe grande preocupación con el restablecimiento de los vínculos y lazos familiares que asegure integración e inserción social para el soporte y cuidado de esas personas. Sin embargo, la convivencia familiar fue descrita como un derecho en que poco predominaba la concepción de la responsabilidad y obligatoriedad. En tal sentido, observiôse que muchas de las luchas apuntadas por los movimientos de reforma en salud mental estân presentes en los textos legales, aunque muchas concepciones conservadoras estean presentes. Sin embargo, el posicionamiento del Estado frente a los modelos de protección social es determinante para la protección de las sujetas en sufrimiento mental y la no responsabilización de las mujeres de esas familias.

Palabras claves: salud mental, familia, legislación, cuidado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FHC – Fernando Henrique Cardoso
GSF – Gasto Social Federal
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG – Organização Não Governamental
OS – Organização Social
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB – Produto Interno Bruto
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAP – Rede de Atenção Psicossocial
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - HISTÓRIA DA LOUCURA: Considerações sobre as experiências brasileira e europeia	13
1.1 Como se configura a política de saúde brasileira	14
1.2 A (des) assistência à loucura na realidade europeia	21
1.3 A (des) assistência à loucura na realidade brasileira	27
CAPÍTULO II - CUIDADO, FAMÍLIA E GÊNERO: Tendência à naturalização de papéis sociais no contexto de desresponsabilização do Estado	34
2.1 Famílias: múltiplas configurações e sentidos do conceito	35
2.2 Famílias brasileiras: particularidades de classe, raça e gênero	42
2.3 Políticas sociais e família: naturalização das responsabilidades de cuidado às mulheres	50
CAPÍTULO III - TENDÊNCIA À RESPONSABILIZAÇÃO DE FAMÍLIAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO:	62
Uma análise das legislações brasileiras	62
3. 1 Sobre os procedimentos metodológicos	63
3.2 Sobre Procedimentos Éticos	66
3.3 Os resultados obtidos e as análises realizadas	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso surgiu com um projeto pensado a partir de reflexões oriundas da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social realizado no ano de 2011 na Ala de Tratamento Psiquiátrico¹ (ATP) do Distrito Federal, uma das três Alas de Tratamento Psiquiátrico do país situadas em penitenciárias. Inicialmente tinha-se o objetivo de investigar se a estrutura da rede de saúde mental e de segurança pública do Distrito Federal tendia a responsabilizar as famílias no cuidado com as pessoas egressas da Ala, sob a hipótese de insuficiência da rede de saúde mental no Distrito Federal, no que diz respeito à integralidade dos serviços prestados e uma valoração moral que estabelece a obrigatoriedade das funções de cuidado às famílias, mais fortemente às mulheres.

Durante a aproximação com o tema percebeu-se que as normativas da saúde e as da segurança pública que se preocupavam com a assistência às pessoas em medida de segurança, quando se tratava do processo de desinternação, evocavam a comunidade e a família como sujeitas² importantes a serem preparadas ao retorno do membro egresso. Notando-se que os processos de desinternação das pessoas internas estão vinculados ao acompanhamento e participação nas atividades realizadas nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas, além disso, há ênfase no papel a ser desempenhado pela família. A partir dessa constatação, surgiu o interesse em estudar o tema.

No entanto, muitos entraves à realização da pesquisa foram observados o que fez com que fosse necessária uma readequação do objeto de pesquisa. Desta forma, manteve-se a área de estudo pesquisada, voltando-se para a análise das legislações brasileiras em saúde mental entre os anos de 1990 à 2014. Nesse sentido a pesquisa consistiu em levantamento documental das legislações do período analisando em que medida a família é apresentada como parte do processo psicossocial e responsabilizada pelo cuidado de seus membros em sofrimento mental.

Enquanto política pública, a saúde mental carrega reflexos e desdobramentos da relação entre o Estado e as políticas sociais como um todo, assim como de suas

¹ No Distrito Federal, a ATP divide espaço com o Presídio Feminino do Distrito Federal (PFDF). A Ala foi inaugurada em 1999 e é destinada à internação de pessoas – homens e mulheres - em cumprimento de medida de segurança. De acordo com Censo realizado em 2011, a ATP contava, na época, com 94 pessoas internas, destas, apenas duas do sexo feminino.

² Por uma questão política, neste trabalho será utilizado o feminino universal.

transformações, nas vidas desses sujeitos e de suas famílias. Quando a rede de saúde mental encontra-se enfraquecida, devido ao contexto adverso das políticas sociais, uma série de repercussões se dá na vida de suas usuárias.

No Brasil, principalmente a partir dos anos 1990, sob o ideário neoliberal, na contramão das previsões legais e constitucionais, a relação entre Estado e as políticas sociais toma novas dimensões, algumas delas como a política de saúde, que tiveram grandes conquistas na Constituição Federal de 1988³, ao serem incorporados princípios como a universalidade⁴, passam a ser marcadas pela focalização, privatização e seletividade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz como uma de suas diretrizes o princípio da integralidade, que carrega múltiplos sentidos e é bandeira de luta do movimento sanitário brasileiro. A integralidade, em um de seus sentidos, remete à necessidade de práticas de saúde abrangentes, capazes de enxergar os sujeitos usuários dos serviços para além das demandas imediatas, ou seja, dos sofrimentos em saúde. Com base neste princípio, no processo pelo qual é estabelecido contato com o usuário, é importante que esteja aberto o diálogo para que os profissionais de saúde possam identificar outras demandas para além das que se fazem emergenciais, possibilitando uma intervenção com maior alcance. Em detrimento desta perspectiva de saúde integral, na conjuntura atual, passa o Estado a assumir para si a responsabilidade somente daquilo que não pode ser resolvido via mercado, família ou comunidade (BEHRING, 2011). “Neste arcabouço, a família é salientada como eixo das políticas sociais e, simultaneamente, a ela tendem a ser devolvidas várias funções, até então assumidas pelo Estado” (ROSA, 2011, p. 30).

Em contexto neoliberal, diante de uma realidade marcada pela marginalização econômica e social de determinados sujeitos acirram-se os conflitos sociais, fenômeno “diretamente relacionado à “[...] insegurança social gerada em toda parte pela dessocialização do trabalho assalariado, o recuo das proteções coletivas e a ‘mercantilização’ das relações humanas” (WACQUANT, 1999, p. 8). Neste contexto, o Estado, no que diz respeito à segurança pública, preocupa-se cada vez mais em criar mecanismos de controle sobre a

³ “A correlação de forças favoráveis, inclusive dentro do governo federal nas áreas de Previdência e Saúde de 1988, sustentada no movimento social, assegura a inscrição, na Carta Constitucional de 1988, dos princípios fundantes de um **novo** Sistema de Seguridade Social, que passa a compreender a saúde, a assistência e a previdência social. Assim, figuram na Constituição a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado.” (VASCOLCENLOS, 2012, p. 79).

⁴ O princípio da universalidade é previsto constitucionalmente e está presente nas normativas que regulamentam a saúde, como a NOB SUS de 1996, instrumento de regulação do Sistema Único de Saúde.

sociedade (CARVALHO & SILVA, 2011, p. 60) e passa por processo inverso ao que é observado nas demais políticas públicas, ou seja, ao invés da retração da suas responsabilidades, tem assumido papel fundamental no fenômeno conhecido como “criminalização da pobreza e da miséria”, emergindo como “Estado Penal”.

O trabalho se divide em três capítulos: o primeiro a discussão da saúde pública no Brasil e resgate histórico de experiências em assistência à loucura no Brasil e na Europa; o segundo capítulo propõe-se a debater as configurações e concepções de família, construindo uma análise com base em discussões de gênero; e o terceiro capítulo traz os procedimentos metodológicos utilizados, os resultados e as análises possíveis a partir dos dados encontrados nas legislações resgatando a discussão teórica dos dois capítulos anteriores.

CAPÍTULO I

HISTÓRIA DA LOUCURA:

Considerações sobre as experiências brasileira e europeia

1.1 Como se configura a política de saúde brasileira

O sistema que organiza a política pública⁵ de atenção em saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de lutas políticas do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro que surgiu no final dos anos de 1970 e que, junto a outras organizações de defesa dos interesses das classes populares, conseguiu fazer com que o texto constitucional de 1988 abarcasse a política de saúde como direito das cidadãs e dever do Estado (Bravo & Menezes, 2013). Neste documento, a saúde passa a integrar a seguridade social e deve ser assegurada de acordo com princípios como a universalidade e a gratuidade dos serviços e o seu sistema organizativo, o SUS⁶, organizado com base em diretrizes como a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

O SUS tem como objetivo o provimento de uma atenção em saúde abrangente e universal, que seja preventiva e curativa, utilizando-se de gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, com participação da comunidade em todos os níveis de governo.

No ano de 1990, sob o governo de Fernando Collor, aprovou-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS), conhecida como a Lei 8.080 de 1990, que ditava sobre a organização e as atribuições do SUS. No entanto, segundo Paim *et al* (2011) devido às orientações neoliberais daquele governo, o projeto da reforma sanitária havia sido negligenciado e só foi retomado em 1992, após o *impeachment* do presidente. A partir de então, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) e a descentralização ganhou maior espaço.

Ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foram iniciativas, entre muitas outras, implementadas após 2003, durante o governo Lula (PAIM *et al*, 2011, p. 19).

O sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede complexa em que os serviços público e privado coexistem, devendo ser este último complementar não o principal. Segundo

⁵ “Desde que não se confunda o público com o estatal, uma política pública em saúde corresponde às respostas sociais – via Estado, empresas, o chamado “terceiro setor” e comunidade – face às condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações (Paim, 2002; 2003c)” (PAIM, 2006 p. 36).

⁶ “O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM *et al*, 2011, p. 20).

Paim *et al* (2011) o sistema de saúde é dividido em três subsectores: o subsector público, com serviços financiados e prestados pelo Estado; o subsector privado (com ou sem fins lucrativos), com serviços financiados tanto por recursos públicos quanto privados; e, o subsector de saúde suplementar, no qual há variados planos privados de saúde, apólices de seguro e também subsídios fiscais.

Importante destacar que a saúde passou por um processo de descentralização radical para o qual o governo federal desempenhou papel fundamental nas ações de financiamento e de regulação. “A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo” (PAIM *et al*, 2011, p. 19).

Segundo Paim *et al* (2011, p. 19) para que essa política descentralizada fosse administrada foram necessárias diversas medidas: mecanismos de tomada de decisão ampliados, com participação social e construção de alianças; conferências nacionais de saúde; conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) com decisões tomadas com base no consenso.

No que concerne às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a integralidade, pois além da importância histórica dessa diretriz para o Movimento de Reforma Sanitária – a integralidade é tida como uma de suas bandeiras de luta, parte de uma “imagem objetiva” (MACHADO *et al*, 336, p. 2007) - é fundamental para a análise da questão central deste trabalho, que é a responsabilização das famílias no cuidado aos membros em sofrimento mental⁷.

Mattos (2004) entende ser a integralidade:

[...] uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros; e uma capacidade de contextualização adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta (MATTOS, 2004, p. 1414).

Sua riqueza consiste em ser um conceito que permite a visão das sujeitas usuárias da saúde enquanto totalidades, considerando todas as dimensões do processo ao serem realizadas intervenções. E ainda, na necessidade de abertura para o diálogo diante da recusa a tornar objeto as sujeitas da intervenção. Para tanto, a atenção em saúde orientada pela integralidade

⁷ Sobre o termo ‘pessoa em sofrimento mental’: “[...] a psiquiatria passou a experimentar novas definições e mais recentemente optou por adotar os termos ‘transtorno mental’ (em português e espanhol) e ‘desordem mental’ (em inglês). A legislação brasileira utiliza a expressão ‘os portadores de transtorno mental’. [...] Por essas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito” (AMARANTE, 2007, p. 68).

toma como fundamental a ida além das estruturas organizacionais hierarquizadas e regionalizadas na assistência em saúde (Mattos, 2004).

Nesse sentido, as ações profissionais não devem se reduzir à prevenção e ao controle das doenças, e sim, preocupar-se com a identificação das necessidades das pessoas usuárias dos serviços de forma mais abrangente. Uma prática em saúde pautada pela integralidade permite que sejam ampliadas as percepções das necessidades coletivas questionando as melhores formas de dar resposta a estas, ou ainda, a “ideia da doença entre parêntesis” – resgatada por Amarante (2007) nas ideias de Franco Basaglia:

[...] pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que, no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos. Desta forma, a doença entre parêntesis não significa a negação da existência da ‘doença’, em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. [...] E na mesma medida em que a doença é posta em parêntesis, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata (AMARANTE, 2007, p. 67).

Mattos (2014) coloca também que a integralidade pode estar relacionada a vários sentidos, destacando três principais: 1) o primeiro sentido se relaciona com o movimento que ficou conhecido como medicina integral, refere-se aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independente dela se dar no âmbito do SUS. Propondo-se a superação a racionalidade médica, enxergando as práticas em saúde como práticas sociais; 2) já no segundo sentido a integralidade se materializa na articulação entre experiências assistenciais, que se referem diretamente às demandas das usuárias, e as práticas preventivas não relacionadas diretamente à experiência individual de sofrimento; 3) por fim, no terceiro sentido, a integralidade é considerada organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, estabelecendo um equilíbrio entre demandas espontâneas e demandas programadas. Há ainda a compreensão da integralidade como justificativa de políticas especiais, ou seja, respostas governamentais à problemas de saúde específicos de um grupo, considerando os contextos em que as sujeitas se inserem.

Para a análise da prestação de serviços no SUS, Paim *et al* (2011) resgatam os níveis de atenção e prestação de serviços: atenção primária, conhecida como atenção básica; atenção secundária, ou serviços especializados; e atenção terciária e hospitalar, compreendendo os procedimentos de alto custo. Segundo os autores (Paim *et al* 2011), com o objetivo de ofertar

serviços amplos com acesso universal, bem como organizar e ampliar a cobertura à níveis mais complexos e implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças que sejam intersetoriais a atenção básica tem bastante notoriedade no SUS.

Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (p. ex., o PAB) e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM *et al*, 2011, p. 22).

Já a atenção terciária é composta por procedimentos de alto custo, realizados em sua maioria por hospitais públicos de ensino e pela iniciativa privada, ambos pagos com recursos públicos. “Na sua grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados⁸” (PAIM *et al*, 2011, p. 25).

A atual configuração das políticas sociais apresenta reflexos de processos de contrarreforma do Estado originados no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), no qual as políticas sociais foram subordinadas às políticas econômicas, seus fundos reduzidos e suas ações cada vez mais restritas, voltadas às pobres, tornando-se campo também de ganho privado⁹.

Em oposição aos princípios da igualdade e da universalidade, o governo FHC postula políticas privatistas, focalizadas e seletivas, em que se sobressai a reorientação do gasto social e um esforço de concentração dos recursos em programas auto-sustentados ou orientados para grupos de risco (ROSA, 2011, p. 128).

Tendo o Partido dos Trabalhadores (PT) eleito seu primeiro representante ao cargo de Presidente da República no início dos anos 2000 gerou-se grande expectativa sobre os rumos políticos a serem tomados sob a gestão de um representante das classes populares. No entanto, para a decepção de uma parcela considerável de militantes e do eleitorado adeptos ao projeto político alinhado ao que se convencionou como esquerda, as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula também apontam para o retraimento do “espaço público democrático de

⁸ “Em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos. Entre 1968 e 2010, foram criadas 39.518 unidades de atenção básica (postos e centros de saúde)” (PAIM *et al*, 2011, p. 25).

⁹ “Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde. A Lei 9.656/98 tornou ilegais a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Ainda assim, como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, o subsetor público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços” (PAIM *et al*, 2011, p. 20).

direitos sociais” e o aumento da esfera privada, não apenas naqueles setores vinculados à produção econômica, mas também na seara dos direitos sociais (BRAVO & MENEZES, 2013, p. 19). Fato que, no plano econômico, é confirmado ao se observar a manutenção de todas as orientações macroeconômicas do governo FHC pelo governo Lula.

Ao ser analisada Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2012, p. 17) sobre a trajetória do gasto social federal¹⁰, a qual nos informa que a área de saúde percorreu um caminho muito irregular em termos da destinação de recursos¹¹, temos que: no ano de 1995, seus recursos que representavam 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) sofreram uma queda, passando a contabilizar no ano seguinte 1,53%. Desde então, flutuou durante todo o período - 1997 à 2008 - entre 1,58% e 1,71% do PIB, sendo que somente no ano de 2009 o percentual do PIB destinado à saúde conseguiu superar o que foi aplicado no ano de 1995. No ano de 1995, os recursos destinados à saúde corresponderam a 15,9% do total do Gasto Social Federal (GSF), caindo para 11,5% em 2005; permanecendo esta porcentagem até 2009, quando, em 2010, houve redução para 10,8% do GSF.

Paim *et al* (2011) informam que apesar da receita federal com a saúde ter aumentado nominalmente a partir de 2003, quando sob o ajuste pela inflação observa-se um decréscimo líquido.

Em 2007, apenas 8,4% do produto interno bruto foi gasto com a saúde. Nesse ano, a proporção pública da despesa com saúde foi de 41%,8 um valor baixo quando comparado a países como Reino Unido (82%), Itália (77,2%) e Espanha (71,8%), sendo também mais baixa que a de países como EUA (45,5%) e México (46,9%) (PAIM *et al*, 2011, p. 21).

Diante desses dados, pode-se observar que invés de ter ocorrido um acréscimo considerável nos recursos destinados à saúde¹² (tendo em vista que para a materialização do Sistema Único de Saúde seria necessária, concomitante às normatizações e mudanças ao nível

¹⁰ “O objetivo desta Nota Técnica é apresentar a trajetória do Gasto Social Federal (GSF), tal como apurado e mensurado pela Disoc/Ipea, no período de 1995 a 2010. Especificamente, tratar-se-á da trajetória do GSF e das áreas de atuação em termos dos seus valores reais constantes – ou seja, observando-se o movimento dos indicadores já descontado o efeito da inflação acumulada no período –, e quanto à prioridade macroeconômica – calculando-se o volume de recursos destinado/aplicado em cada área de atuação social medido como percentual do PIB” (IPEA, 2012, p. 03).

¹¹ “O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores” (PAIM *et al*, 2011, p. 20).

¹² “O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado” (PAIM *et al*, 2011, p. 20-21).

de gestão e formulação de políticas, ocorresse destinação satisfatória de recursos) não houve mudança orçamentária significativa ao longo dos anos, ou seja, a execução orçamentária não se adequou à preocupação da oferta de saúde pública de modo universal, nem com a concretização dos seus princípios reconhecidos constitucionalmente. Nesse sentido, Paim *et al* (2011, p. 21) afirmam que:

O SUS, portanto, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos.

Bravo & Menezes (2013) apontam que após os dois mandatos do governo Lula (2003-2010) permaneceu a disputa entre os projetos de saúde existentes nos anos de 1990: o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista; ao mesmo tempo em que ocorre mudança de perspectiva teórica do Movimento de Reforma Sanitária, que era orientado hegemonicamente pelo marxismo e, diante de questionamentos quanto à validade desta corrente teórica realizados pela direção do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), perde a centralidade presente neste movimento nos anos 1970, assim como abandona a concepção da necessidade de superação do modo de produção capitalista (Bravo & Menezes, 2013).

Nesse sentido, a direção do Cebes deixa de estar alinhada a um pensamento político, que problematiza as dificuldades enfrentadas para a concretização dos princípios constitucionais da saúde com base em críticas ao modelo societário vigente. E assim, a entidade passa a enfrentar limites no que diz respeito ao confronto e à proposição de soluções para o funcionamento do SUS nos termos defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária em sua origem (Bravo & Menezes, 2013).

Em relação ao Governo Dilma, as autoras versam sobre a continuidade da priorização de políticas e programas com caráter focal, a cooptação dos movimentos sociais e as parcerias com o setor privado presentes nos governos anteriores (Bravo & Menezes, 2013, p. 39); o que fez com que a saúde, enquanto direito a ser ofertado obrigatoriamente pelo Estado, viesse a ter cada vez maiores dificuldades na sua oferta e garantia, afastando-se do seu caráter universal e democrático. Diante deste contexto,

O preceito constitucional de saúde como direito é ferido, ao ser substituído por uma abordagem de saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente pelas chamadas classe C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento (BRAVO & MENEZES, 2013, p. 38).

Em resposta a tais retrocessos e como alternativa às opções governamentais no campo da saúde, surge em 2010 a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde¹³, posicionando-se

de forma contrária às privatizações, em defesa da saúde universal e pública estatal. A Frente pauta-se no projeto da Reforma Sanitária, que tem como defesa a saúde como direito de todos e dever do Estado (Bravo & Menezes, 2013).

O cenário atual que vivemos é marcado pelo aprofundamento das contradições nas políticas sociais como um todo. Ao analisar a política de saúde percebe-se que esse movimento de aprofundamento de contradições tem como reflexos: o ataque aos princípios constitucionais da política de saúde e; o espaço cada vez maior que a saúde privada¹⁴ vem ganhando, principalmente com as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as Fundações Estatais de Direito¹⁵ e com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)¹⁶ em dezembro de 2011 (Bravo & Menezes, 2013).

Pode-se dizer que a concepção que se faz hegemônica acerca da saúde atualmente tem base na lógica mercadológica e os serviços de saúde caminham a passos lentos para a superação do modelo hospitalocêntrico, individual e curativo, uma vez que: 1) os recursos destinados à política são insatisfatórios, oscilantes e não muito distantes do que era observado nos anos de 1995; 2) abandono do marxismo como principal concepção teórico-política pelo CEBES, deixando de lado críticas ao atual modelo societário vigente; 3) o aparecimento da EBSERH ao lado do ganho de espaço para os serviços prestados pela iniciativa privada. Diante de tal contexto o modelo de assistência em saúde de responsabilidade estatal,

¹³ A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é composta por 18 fóruns estaduais, 01 fórum do Distrito Federal e 14 fóruns municipais, dentre eles, Fórum em Defesa do SUS/DF, Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo e Fórum de Saúde do Maranhão. Para mais informações acessar o site: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/>>.

¹⁴ “Em 1998, 24,5% da população brasileira possuía um seguro de saúde – dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa proporção cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, gerou rendimentos de R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões). Os planos privados de atenção odontológica também cresceram consideravelmente. O mercado de planos e seguros de saúde privados se concentra na região Sudeste, onde estão instaladas 61,5% das empresas de saúde e são realizados 65,5% de todos os contratos. Além disso, das 1.017 empresas de saúde existentes, umas poucas dominam o mercado: 8,2% das empresas oferecem planos e seguros de saúde para 80,3% dos clientes – muitas empresas menores estão localizadas nas periferias das grandes cidades e em cidades menores. A maior parte (77,5%) dos planos e seguros de saúde privados (tanto de empresas estatais quanto de privadas) é provida por empresas comerciais” (PAIM *et al* 2011, p. 20).

¹⁵ Segundo Correia & Omena (2013, p. 03-04) “[...] estima que de cerca de 60% dos recursos públicos da Saúde são alocados na rede privada, através de convênios/compra de serviços privados de média e alta complexidade. A segunda forma tem se dado pelo repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999 pela Lei Federal n.º 9.790; pelas Fundações Estatais de Direito. O modelo que mais tem sido implementado na área de Saúde, nos estados e municípios, é o das Organizações Sociais, devido à sua total imunidade aos controles próprios do regular funcionamento da coisa pública e ao Controle Social”.

¹⁶ A EBSERH é “uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais” (BRAVO & MENEZES, 2013, p. 37).

redirecionado para os serviços de base comunitária, que tenham uma abordagem social da saúde no qual as sujeitas usuárias não sejam vistas descoladas do contexto ao qual estão inseridas está ameaçado.

Diante disso, coloca-se a necessidade de apresentação de um breve histórico acerca da assistência às sujeitas em sofrimento mental partindo-se da experiência europeia para o Brasil.

1.2 A (des) assistência à loucura na realidade europeia

Durante toda a história da humanidade a loucura esteve presente; a maneira como era vivenciada e o valor social atribuído às sujeitas acometidas por ela é que foi mudando concomitantemente às transformações nas sociedades e nos sistemas de organização social - mais ou menos excludentes.

Na Idade Média a personagem da louca carregava uma aura mística, uma vez que era tida como sagrada já que, para a caridade medieval, essa figura participava dos poderes da miséria, vista como prova à elevação moral dos seres humanos, tanto à quem a vivenciava bem como à quem dava a ela assistência.

As loucas são familiares às comunidades medievais europeias e aparecem com naturalidade no cotidiano das cidades vagando pelas ruas; e, ao contrário do que se pensa, não foram expulsas de maneira tão sistemática e nem tomaram muita atenção e esforços das gestões dos reinados europeus desse período. “Por conseguinte, é possível supor que são escorraçados apenas os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos” (FOUCAULT, 1978, p. 14). De acordo com Foucault (1978), o que acontecia era de algumas loucas sofrerem castigos físicos públicos ou serem parte em jogos nos quais eram perseguidas e expulsas da cidade. Desta forma, neste período, a exclusão das pessoas loucas se dava em mantê-las no limiar:

[...] sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência (FOUCAULT, 1978, p. 16).

Ao fim da Idade Média a loucura toma maior lugar de ambiguidade, passa a ser vista com suspeita enquanto “ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (FOUCAULT, 1978, p. 18). Já no século XV, a loucura substituiu as preocupações com a morte, confundindo-se com ela, mas superando a seriedade que carrega.

Sendo vista como parte da vida diária, desmistificada em todo o temor que causava pôde-se observar o cunho de sátira moral com o qual a loucura passou a ser tratada na literatura e na filosofia neste século (FOUCAULT, 1978).

Já na Renascença a loucura deixa de ser a coisa estranha que liga os seres humanos e tem relação menos mistificada com as sujeitas às quais acomete.

A ascensão da loucura ao horizonte da Renascença é percebida, de início, através da ruína do simbolismo gótico: como se este mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreender sob as espécies do insano (FOUCAULT, 1978, p. 23).

No século XVI, em um mundo que começa a se reorganizar e ressignificar em torno da racionalidade, Foucault (1978) diz que a loucura e a razão passam a possuir uma relação de *continuum*: “A loucura não tem mais uma existência absoluta na noite do mundo: existe apenas relativamente à razão, que as perde uma pela a outra enquanto as salva uma com a outra” (FOUCAULT, 1978, p. 39). Dessa forma, a loucura só possui um sentido e um lugar associada à razão, e é vista como uma das formas da própria razão.

O século XVII inaugura a experiência clássica da loucura que perde o peso do absoluto e do impossível, torna-se figura sólida presente no cotidiano das pessoas e das coisas e passa a ser marcada pela existência do hospital, que irá determinar um lugar para cada uma de suas formas e designar “seu deus protetor” (FOUCAULT, 1978, p. 49). Para Foucault, o contexto do começo do século é, em certa medida, acolhedor para a loucura. “Em compensação, não se pode supor, mesmo através do pensamento, que se é louco, pois a loucura é justamente a condição de impossibilidade do pensamento” (FOUCAULT, 1978, p. 53).

Diante disso, a loucura é colocada em lugar de exclusão, o qual não mais se libertará totalmente; e as sujeitas que a carregam passam também a serem deliberadamente segregadas por meio da internação.

A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthdusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos (FOUCAULT, 1978, p. 55).

Em decorrência disso, a partir da segunda metade do século XVII a loucura passa a ter como local natural o internamento, tido como a “estrutura mais visível na experiência clássica

da loucura” (FOUCAULT, 1978). Data de referência para esse marco da loucura é o ano de 1656 quando foi decretada, em Paris, a criação do Hospital Geral: instituição, diretamente ligada ao poder real e sem fundamentações médicas - foi mais que apenas um depósito de loucas, contou com todo um aparato burocrático-jurídico que conferia aos seus diretores poder de polícia e de juízo, decidindo, investigando e executando suas sentenças sobre a vida das pessoas pobres. “[...] o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão” (FOUCAULT, 1978, p. 57).

Herdando antigos prédios e bens pertencentes ao período em que a “lepra” assombrou muitos reinados, logo o Hospital Geral se espalhou por toda a França e, em 1676, o rei determinou que houvesse um em cada cidade do reino (FOUCAULT, 1978).

Nesse processo, a Igreja também esteve presente reorganizando suas próprias instituições e inaugurando congregações com os mesmos objetivos dos Hospitais Gerais.

Os irmãos Saint-Jean de Dieu, chamados para a França em 1602, fundam inicialmente a Caridade de Paris no faubourg Saint-Germain, e depois Charenton, onde se instalam a 10 de maio de 1645. Não longe de Paris, ainda são eles que mantêm a Caridade de Senlis, aberta a 27 de outubro de 1670. Alguns anos antes, a duquesa de Bouillon havia-lhes doado os prédios e os benefícios da Maladrerie (Gafaria) fundada no século XIV por Thibaut de Champagne, em Château-Thierry. Eles administram também as Caridades de Saint-Yon, de Pontorson, de Cadillac, de Romans. Em 1699, fundação em Marselha, pelos Lazaristas, do estabelecimento que iria transformar no Hospital São Pedro. Depois, no século XVIII: Armentières (1712), Maréville (1714), o Bom Salvador de Caen (1735); Saint-Meins de Rennes abriu-se pouco antes da Revolução (1780) (FOUCAULT, 1978, p. 59).

Observa-se que, por meio de fundações, doações e convites para administração de casas de caridade, representantes do clero ganharam espaço e foram diretores de muitos dos estabelecimentos em moldes aos hospitais gerais. Por sua vez, essas instituições mantidas com dinheiro público desempenhavam duplo papel: repressão e assistência; para o auxílio aos pobres assim como para a “detenção” de pessoas a mando do rei, mantendo, em grande parte, estrutura física própria de prisões. Fato interessante a ser destacado é que muitos desses hospícios, apesar de estarem relacionados à figuras da Igreja, tinham sua gestão nas mãos da burguesia, o que trouxe certas ambiguidades e contradições para o cotidiano dessas entidades (FOUCAULT, 1978).

[...] vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença,

mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes (FOUCAULT, 1978, p. 60-61).

No entanto, Foucault (1978) alerta para o fato da universalidade da experiência de internações, não ser restringindo somente à França, mas também por toda a Europa, nos países de língua Alemã (Zuchthäusern, Bâle, Breslau, Frankfurt, Spandau, Königsberg) e na Inglaterra (Bisterol, Dublin, Hull, Worcester) com as casas de correção, e, mais tarde, na Holanda e na Itália.

A prática de internação foi orientada e acompanhada por uma mudança cultural influenciada pelos movimentos de Reforma da Igreja Católica e os pensamentos Luteranos¹⁷. O que trouxe uma nova relação com a miséria “[...] de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência” (FOUCAULT, 1978, p. 64), instaurando uma nova moral sobre a relação entre a riqueza e a pobreza, na qual a pobreza significa castigo de Deus, uma maldição aos pobres por sua condição e a caridade não mais requisito para a salvação, mas testemunho de fé. Nascendo, nesse contexto, uma nova forma de ver essas relações entre pobreza e riqueza. De tal forma:

[...] faz com que o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e mostra no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem. Portanto, não se trata mais de exaltar a miséria no gesto que a alivia, mas, simplesmente, de suprimi-la (FOUCAULT, 1978, p. 66).

Ela passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena. As grandes casas de internamento encontram-se ao final dessa evolução: laicização da caridade, sem dúvida — mas, de modo obscuro, também um castigo moral da miséria (FOUCAULT, 1978, p. 67).

Fundamentada nessa nova relação com a pobreza, o Estado tomará as devidas providências para colocá-la em ordem, separando-a em “boas e más pobres” à medida que são ou não resistentes às casas de internação. E esta, por seu turno, adquirirá não somente caráter de controle da pobreza, mas também de correção aos desvios morais das sujeitas.

A Igreja, por sua vez, retrai seu lugar de prestadora protagonista à assistência aos pobres, ficando à cargo do Estado e das cidades o desempenho dessa tarefa que, para tanto, fizeram uso da cobrança de impostos e coletas, bem como, de doações (FOUCAULT, 1798).

Até o final da era clássica, a prática do internamento será considerada nesse equívoco: ela terá essa estranha convertibilidade que a faz mudar de sentido

¹⁷ E também pelo momento de transformações sociais decorrentes de novas estruturas econômicas: “[...] o mundo operário se vê desorganizado com o aparecimento das novas estruturas econômicas; à medida que se desenvolvem as grandes manufaturas, as associações perdem seus poderes e seus direitos, os "Regulamentos gerais" proibem toda assembléia de operários, toda liga, toda "associação". Em muitas profissões, no entanto, as associações se reconstituem” (FOUCAULT, 1978, p. 74).

conforme o mérito daqueles a quem se aplica. Os bons pobres fazem dela um gesto de assistência, e obra de reconforto; os maus — pela única razão de serem maus — transformam-na num empreendimento da repressão. A oposição entre os bons e maus pobres é essencial à estrutura e à significação do internamento. O Hospital Geral designa-os como tais e a própria loucura é dividida segundo esta dicotomia que pode entrar assim, conforme a atitude moral que parece manifestar, ora na categoria da beneficência, ora na da repressão. Todo interno é colocado no campo dessa valoração ética — e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como sujeito moral (FOUCAULT, 1978, p. 70).

Portanto, o lugar de destaque que ganhou a internação veio como medida de controle da pobreza e da ociosidade, o que substituiu as medidas de linchamento, expulsão/proibição de entrada nas cidades para mendigas e desempregadas pela privação da liberdade e trabalhos forçados além de resposta à crise econômica pela qual enfrentou o mundo ocidental no século XVII - que gerou desemprego e decréscimo no valor dos salários aumentando a pobreza (FOUCAULT, 1978).

Segundo Foucault (1978) os Hospitais Gerais adquiriam características distintas a depender se o contexto que os países passavam era de crise ou não, e foram utilizados de maneira estratégica, uma vez que concentravam grande quantidade de mão-de-obra barata – surgindo negociações entre os governos e as iniciativas privadas para usufruir dessas trabalhadoras dos asilos.

Sob a lógica de que o trabalho é solução para os males sociais, ignorando que são as contradições que este adquire diante das transformações sociais que as originam, a era clássica e suas experiências com as casas tem no internamento saldo negativo quanto à sua eficácia em escamotear e combater a pobreza; Foucault (1978) pontua que apesar de terem praticamente sumido da Europa, no começo do século XIX, não se pode deixar de reconhecê-las como uma experiência “irredutível”.

No entanto, no século XVIII, a partir das experiências nas casas de internação, percebeu-se a inadequação das pessoas loucas aos trabalhos e emergiu a necessidade de conferir a elas um regime diferenciado. Esse é o momento em que:

[...] a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 1978, p. 89).

É neste mesmo século, diante dessa constatação, que a loucura passa a ser encarada como doença e a psiquiatria surge como especialidade médica. Abrem-se na França e na

Inglaterra casas de saúde para as alienadas, no entanto, muitas “técnicas de cura” que existiam não eram controladas pelos médicos, a saber das fortes tradições da terapêutica ligada à métodos naturais, suas receitas e símbolos (FOUCAULT, 1978).

Será preciso esperar pela circular de Doublet, na França, e pela fundação da Aposentadoria, na Inglaterra, para que a loucura seja oficialmente anexada ao domínio da prática médica. Antes, ela continua ligada, por vários laços, a todo um mundo de práticas extramédicas, tão bem aceitas, tão sólidas em sua tradição, que se impõem de modo natural aos próprios médicos. (FOUCAULT, 1978, p. 339)

Partindo-se da ideia de que “A loucura e todos seus poderes que as idades multiplicam não residem no homem em si mesmo, mas em seu meio” (FOUCAULT, 1978, p. 411), a loucura passa a ser entendida como resultado das alterações no meio em que homens e mulheres vivem, e também uma face do progresso. Ao possuir uma marcação temporal, com um avanço indefinido e numa relação na qual quanto mais complexo torna-se o meio, maiores serão os riscos da loucura (FOUCAULT, 1978, p. 409).

Segundo Foucault (1978), é nas “doenças nervosas” que se reforçou a medicina como modelo de cura privilegiado e, diante dessa mudança de perspectiva, ao tomar a loucura valor moral, transita-se de um discurso em que é vista como desatino para sua consideração enquanto natureza e doença. Situação que resulta na superação dessas duas compreensões nos anos seguintes à era clássica e no nascimento da psicologia.

Quando for dissociada, nos anos que se seguirão, essa grande experiência do desatino, cuja unidade é característica da era clássica, quando a loucura, confiscada inteiramente numa intuição moral, não for mais que doença, então a distinção que acabamos de estabelecer assumirá um outro sentido: o que era doença procederá do orgânico, e o que pertencia ao desatino, à transcendência de seu discurso, será nivelado no psicológico. E é exatamente aí que nasce a psicologia. Não como verdade da loucura, mas como indício de que a loucura é agora isolada de sua verdade que era o desatino e de que doravante ela não será mais que um fenômeno à deriva, *insignificante*, na superfície indefinida da natureza. Enigma sem outra verdade senão aquilo que a pode reduzir (FOUCAULT, 1978, p. 375).

No entanto, a experiência da loucura no início do século XIX é marcada pela compreensão inteiramente diferente: “estará, por sua natureza e em tudo o que a opõe à natureza, bem perto da história” (FOUCAULT, 1978, p. 412).

Para o evolucionismo do século XIX, a loucura passa a ser encarada como “a verdade do homem, vista porém, sob o ângulo de seus afetos, seus desejos, das formas mais rudes e constrangedoras de sua natureza” (FOUCAULT, 1978, p. 115). Segundo Foucault (1978), o século XIX coloca a loucura e sua cura “no jogo da culpabilidade”, utilizando-se de “métodos morais” sob o julgo do cientificismo, do positivismo e das experimentações.

Porém, a relação que se estabeleceu entre loucura e história será suspensa por uma necessidade de separá-la do evolucionismo e passa a ser encarada como o “estigma de uma classe que abandonou as formas da ética burguesa” (FOUCAULT, 1978, p. 414).

Doravante, estamos na posse do fio da meada. A partir do momento em que vemos, do fundo do século XVIII, os loucos como que dividindo-se entre si mesmos e ocupando um lugar que lhes pertence de fato, compreendemos como se tornaram possíveis o asilo do século XIX, a psiquiatria positiva, a loucura afirmada enfim em seus direitos. Tudo está em seu lugar, de um século a outro: primeiro o internamento, do qual procedem os primeiros asilos de loucos; daí nasce essa curiosidade -logo transformada em piedade, depois em humanitarismo e solicitude social — que permitirá a existência de Pinel e Tuke, os quais por sua vez provocarão o grande movimento de reforma — inquéritos dos comissários, constituição dos grandes hospitais, os quais finalmente dão início à época de Esquirol e à felicidade de uma ciência médica da loucura (FOUCAULT, 1978, p. 431-432).

1.3 A (des) assistência à loucura na realidade brasileira

Importado das experiências europeias surge o modelo psiquiátrico brasileiro no século XIX, no entanto, as circunstâncias em que emergirá diferem bastante da realidade europeia (ROSA, 2011).

A assistência psiquiátrica hospiciocêntrica institui-se no Brasil a partir de uma sociedade colonial rural e escravocrata, que tinha a trabalho como algo negativo, indigno, “atividade dos negros”, e uma economia agroexportadora fundada no comércio importador-exportador e numa oligarquia rural (ROSA, 2011, p. 86).

Esse modelo terá como base a hospitalização com características próximas a um “sistema terapêutico” que pode ser observado em 1852 em estatutos do Hospício de Pedro II¹⁸. Tal sistema é fundado na compreensão de que as pessoas em sofrimento mental perderam a razão e, portanto, são portadoras de um distúrbio e compreendidas como incapazes, irresponsáveis. O sistema hospitalar, por sua vez, se aproximará de instituições como as penitenciárias. “Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle e na disciplina. E como não pode deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão” (AMARANTE, 2007, p. 61).

Com a República, a loucura transforma-se em matéria para especialistas, adquirindo status de doença mental; inaugurando uma nova fase para as instituições psiquiátricas, antes

¹⁸ “O Hospício Pedro II – inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro e marco institucional da assistência psiquiátrica do país – surge como resposta à loucura e ao louco, alçado a problema, no bojo das ameaças à ordem pública e à paz social, desencadeadas pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importantes do império e principalmente na sede da Corte” (ROSA, 2011, p. 86).

marcadas pelo empirismo, agora pela ciência (ROSA, 2011). Com isso, o Hospício Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados, tornando-se instituição pública em 1890 após sua desvinculação da Santa Casa de Misericórdia.

No período pós-republicano teve destaque a figura das colônias agrícolas “[...] que surgiram teoricamente como produto de uma inflexão interna no próprio alienismo” (ROSA, 2011, p. 89). Segundo Rosa (2011), as colônias sofisticaram o hospício, sendo complementares a ele, além do fato de que “modernizaram o tratamento e estenderam a liberdade do louco” (ROSA, 2011, p. 89). No entanto, não obtiveram sucesso, foram criticadas pelo seu caráter anacrônico, uma vez que pensavam o tratamento com atividades de trabalho rural e o que se queria, a momento, era pessoas capazes de lidar com as situações da vida urbana.

As mudanças ocorridas no Brasil a partir do marco que ficou conhecido como “Revolução de 1930” trouxeram transformações em diversos campos da vida da população, principalmente no que diz respeito à institucionalização do sistema de proteção social. Neste momento, o Estado passa a ser entendido como mediador dos interesses das classes sociais e agente central de desenvolvimento social e econômico (ROSA, 2011). No âmbito da assistência psiquiátrica, na década de 1930, a centralidade na União é reafirmada por meio de um reordenamento institucional e normativo do campo, mas a lógica hospitalocêntrica permaneceu a mesma.

Somente no ano de 1950 é que, tardiamente, Institutos de Aposentadorias e Pensões passaram a cobrir internações psiquiátricas. Tal fato é explicado por Rosa (2011) pela ineficiência das terapêuticas psiquiátricas e as condições humanas e ambientais dos hospitais psiquiátricos que só vieram a serem alteradas com a comercialização das drogas psicotrópicas em 1955, já que seus efeitos sobre a vida das trabalhadoras iriam de encontro às necessidades da produção capitalista.

Paulo Amarante (2013) observa que as tentativas de reforma psiquiátrica ocorridas, como a Antipsiquiatria iniciada na Inglaterra no final dos anos 1950, a Psiquiatria Preventiva dos Estados Unidos da América, com importante marco inicial em 1955, e a Psiquiatria de Setor iniciada na França a partir de questionamentos de fins dos anos 1950, início dos anos 1960, ao modelo de atenção em saúde mental vigente, acabaram por se tornar meras reformulações dos antigos modelos e que:

[...] em algumas delas assistimos às tentativas de humanizar o hospital, de introduzir-lhes novas técnicas e tratamentos para transformá-lo em instituição terapêutica. Em outras, vimos o esforço de criação de serviços externos que minimizassem os efeitos nocivos do hospital ou que evitassem

as internações, procurando fazer com que o hospital fosse um recurso utilizado somente em último caso. Em ambos os casos, foram mudanças restritas aos serviços que dominaram a atenção e a agenda dos profissionais e dirigentes (AMARANTE, 2013, p. 63).

No Brasil, após meados de 1960, o governo militar faz opção por uma política modernizadora, mercantilizando as políticas sociais como fonte de lucro. O perfil da população psiquiátrica é modificado e diversos problemas sociais são patologizados.

A massificação da assistência psiquiátrica no pós-64, além de mudar o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por trabalhadores previdenciários urbanos, exauridos psicologicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho no período de crescimento econômico dos anos 1970, altera também o perfil nosológico, pela extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais (ROSA, 2011, p. 100).

Ao longo da década de 1970, junto à efervescência de uma série de movimentos sociais, deu início um movimento que ficou conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como o Movimento da Reforma Sanitária, e, em 1981, o Movimento Popular de Saúde, que tinha como eixo problematizações quanto ao sistema de saúde, englobando também a assistência psiquiátrica (ROSA, 2011).

Durante a década de 1970, a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso, tendo como cenário a ditadura militar e as necessidades de mudanças políticas, econômicas e culturais do país. O contexto era de reivindicações de mudanças políticas e luta dos movimentos sociais. Sendo assim, para Ferreira (2006, p. 136), a reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país (PASSOS, 2014, p. 15).

Entretanto, é no Rio de Janeiro em 1978 em meio à crise instaurada na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN) do Ministério da Saúde que o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganha maior autonomia e independência. A crise se deu em resposta às condições precarizadas de trabalho das profissionais da divisão e, mais tarde, traduz-se em contestação ao modelo de assistência psiquiátrica “visto que, ao denunciar as condições de trabalho, o movimento termina publicizando as condições de vida e tratamento nas instituições asilares” (ROSA, 2011, p. 104).

Nasce em 1979, no Encontro dos Profissionais de Saúde Mental o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Esse movimento inicialmente ganha caráter de contestação e denúncia, referidas à violação de direitos humanos dos portadores de transtorno mental; abordagem da loucura como fonte de lucro e condições precárias de trabalho em hospitais psiquiátricos. Propõe como alternativa a ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental (ROSA, 2011, p. 105).

Numa tentativa de integração da atenção em saúde mental à saúde em geral, ocorre, no ano de 1987, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental que traz ao debate a importância do controle social assim como de uma reorganização dos serviços assistenciais em saúde mental, problematizando o modelo hospitalocêntrico e psiquiatrocêntrico e propondo em seus lugares um modelo direcionado aos serviços extra-hospitalares com equipes multiprofissionais (ROSA, 2011).

No processo de Reforma Psiquiátrica há destaque para a discussão acerca da desinstitucionalização, que irá demandar não só “[...] um processo de desospitalização, mas também a criação de novas práticas e novos espaços assistenciais” (PASSOS, 2014). Nesse sentido, Passos (2014, p. 22) afirma a necessidade de transformação ao nível dos valores atribuídos e determinantes ao lugar da pessoa em transtorno mental, num movimento de construção de uma nova relação da sociedade com a loucura, tendo em vista que esta é permeada por tensões transversais às relações desiguais instituídas em uma sociedade que se estrutura em classes. Nessa direção,

[...] torna-se imprescindível pensar nas múltiplas necessidades sociais que perpassam a sobrevivência desse sujeito. Para tanto, os novos serviços vão incorporar ações para atender as demandas sociais dos usuários, o que significa outras estratégias de intervenção diante da realidade complexa (PASSOS, 2014, p. 22).

Apesar das mudanças ocorridas com a Constituição Federal de 1988, suas concretizações se deram de maneira morosa, já que dependeram de regulamentações, fazendo com que os movimentos passassem a travar suas lutas agora no campo legislativo. E, em 1989, é proposto o Projeto de Lei nº. 3.657/89 que propunha a substituição dos manicômios por serviços extra-hospitalares.

Nesse momento, iniciativas e propostas de mudanças à atenção em saúde mental, começam a disputar o legislativo brasileiro, propondo uma série de serviços e projetos para orientar uma nova concepção em saúde mental, um modelo não centrado na doença, observando os princípios e diretrizes do SUS, modelo que ficou conhecido como psicossocial.

Desta forma, surgiu a Rede de Atenção Psicossocial, com equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos, para aquelas pessoas em transtorno mental que estão em condições de realizar seu tratamento de modo extra-hospitalar, mas não possuem família que deseja ou possa se responsabilizar pelo seu cuidado e acompanhamento: “São múltiplos os serviços que atualmente compõem a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAP): Centros de Atenção Psicossocial, leitos em hospital geral,

residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, hospitais-gerais, cooperativas, etc” (PASSOS, 2014, p. 20). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é elemento organizador da assistência em saúde mental no território e teve seu primeiro exemplar no ano de 1987, em São Paulo. Os SRTs ou residências terapêuticas “[...] são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de sujeitos em transtorno mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (BRASIL, 2005, p. 14).

Já as Comunidades Terapêuticas se diferem por se destinarem a pessoas que fizeram o uso abusivo de drogas. No entanto, em muitos estados estes equipamentos ainda se encontram em fase de implementação ou não existem, segundo o Ministério da Saúde (2012) em seu informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, o Distrito Federal, por exemplo, não contava com nenhum Serviço Residencial Terapêutico nem em funcionamento, nem em implementação no ano de 2011.

A contragosto dos avanços ocorridos na década de 1980, com o início do governo Fernando Collor de Mello, nos anos 90, introduz-se o modelo neoliberal¹⁹ no Estado brasileiro. A orientação neoliberal traz à tona uma “[...] insegurança social gerada em toda parte pela dessocialização do trabalho assalariado, o recuo das proteções coletivas e a ‘mercantilização’ das relações humanas” (WACQUANT 2004, p. 08) corroborando ao acirramento de conflitos sociais diante da marginalização econômica e social de determinadas sujeitas.

Neste contexto, preocupa-se cada vez mais em criar mecanismos de controle sobre a sociedade (CARVALHO & SILVA, 2011, p. 60) e a segurança pública, passa por processo inverso ao que é observado nas demais políticas públicas, ou seja, invés da retração de suas responsabilidades, tem se tornado cada vez mais presente, assumindo papel fundamental no fenômeno conhecido como “criminalização da pobreza e da miséria”, emergindo como “Estado Penal”.

Nessa situação, a potencialização do mercado, como instrumento regulador das relações sociais em detrimento ao Estado, ocorre concomitantemente ao contingenciamento dos mecanismos de assistência social e ao processo de fortalecimento da penalização como forma de ampliar o controle sobre as periferias e assegurar a manutenção das relações de poder (CARVALHO & SILVA, 2011, p. 61).

Para tanto, com a ajuda dos meios de comunicação de massa foi sendo forjado um discurso sobre a criminalidade que passou a ser mais fortemente identificada com as camadas

¹⁹ Esse modelo reatualiza a concepção liberal e conservadora, incorporando elementos da social-democracia utilizada por governos como diretriz às ações e reformas no âmbito do Estado (ROSA, 2011).

mais pobres da população, o que combinado à construção de um imaginário que atribuía periculosidade a alguns grupos e sujeitos (os quais as pessoas em sofrimento mental fazem parte), identificando-os como sinônimo de violência, acabou por consolidar estereótipos de criminosos e de criminalidade e gerou medo em relação aqueles que se aproximavam dos mesmos (ANDRADE, 2013, p. 340).

O que se observa no âmbito da assistência em saúde às pessoas em sofrimento mental nos governos Dilma não foge à regra das políticas sociais em geral: a despeito das afirmações do governo de que não abriria mão do que foi proposto pela reforma psiquiátrica, observaram-se ações que vêm sendo colocadas em questionamento por estudiosos e militantes, por não respeitarem os direitos humanos e apresentarem-se como um retrocesso à reforma psiquiátrica, tais como as ações a favor da internação compulsória e as parcerias público-privadas com as comunidades terapêuticas (BRAVO & MENEZES, 2013, p. 37).

Desta forma, conjugado o retraimento das políticas sociais à construção de um imaginário social estereotipado sobre corpos perigosos, as pessoas em sofrimento mental ocupam um lugar bastante marginalizado e de negação de direitos. No entanto, a Reforma Psiquiátrica tentou não se afastar dos movimentos sociais, levando demandas e problematizações do dia-a-dia para a gestão e a compreensão de que sendo a saúde mental “política que está no campo da proteção social, sofreu impactos da redução de investimentos por parte do Estado e de suas responsabilidades sociais” (PASSOS, 2014, p. 16).

Ao acompanhar os debates trazidos pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, percebe-se que as tentativas de criação de um modelo não hospitalocêntrico, nem centrado na figura do psiquiatra são eixos centrais. Para tanto, o ideal seria que situações de internação, caso necessárias, ocorressem pontualmente, como exceção, não regra. No entanto, uma reestruturação na assistência à saúde mental, com base em uma rede ampla de serviços substitutivos, é necessária. Porém, Rosa (2011) atenta para o fato de que esta rede de serviços extra-hospitalares é mais passível de uma lógica mercadológica, marcadamente seletiva, privatizada e focalizada.

De maneira que, cada vez mais, os serviços substitutivos ganham visibilidade para o governo federal, pelo que representem em termos de redução de custos, constituindo, assim, risco de reorientar a assistência psiquiátrica para uma situação ainda mais precária, sem a adoção de medidas sociais integradas à rede de serviços e a estruturação e a capacitação dos recursos humanos, necessários para um novo modelo. As políticas neoliberais, por sua vez, remetem o cuidado e o tratamento às leis do mercado e, principalmente ao encargo privativo das famílias e ao autocuidado (ROSA, 2011, p. 138).

Porém, ressalta que o Estado tem assumido suas responsabilidades neste campo só em situações extremas e que ao faltar esta rede é a sociedade quem é convocada a desempenhar esses papéis, particularmente, as famílias. Neste sentido, Rosa (2011) aponta a possibilidade de que essas famílias, já sobrecarregadas de atribuições no que diz respeito às funções reprodutivas passem a se tornarem resistentes às tentativas desinstitucionalizadoras e desospitalizadoras do Estado e, ainda, serem atraídas por opositores.

CAPÍTULO II

CUIDADO, FAMÍLIA E GÊNERO:

Tendência à naturalização de papéis sociais no contexto de desresponsabilização do Estado

2.1 Famílias: múltiplas configurações e sentidos do conceito

Historicamente as famílias, tal qual o Estado, foram designadas como instituição de proteção e responsabilizadas pelo bem-estar de seus membros, mesmo em países que contaram com um sistema de proteção social e oferta de serviços sociais relativamente desenvolvidos - como foram reconhecidos os Estados de bem-estar social²⁰ - a instituição não deixou de ser incumbida dessas funções, pelo contrário, esses sistemas estruturaram-se fortemente em torno delas²¹ (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010).

Nesse sentido, sem deixar de levar em consideração a preocupação que aponta Sarti (2004) sobre a dificuldade – e a necessidade – de um esforço de estranhamento ao tema, já que nos é tão próximo, para que possa ser compreendido o lugar o qual as famílias ocupam nas legislações nacionais referentes à política de saúde mental brasileira é imprescindível analisá-las historicamente, compreendendo suas configurações e transformações. Para tanto, parte-se do entendimento da existência de uma política sexual²² que estabelece um modelo de família (heterossexual, patriarcal-burguês) atravessado por contradições e fundamental à manutenção do modo de produção capitalista (BUTLER, 2000). Posto isto, serão apresentadas algumas correntes de pensamento que se propõem a analisar criticamente as famílias e suas relações, ora por vieses puramente de classe, gênero, ora numa perspectiva interseccional²³.

²⁰ Sobre Estado de bem-estar social, ou *Welfare State* ver Sping-Andersen: “Poucos discordariam da proposição de T. H. Marshall (1950) de que a cidadania social constitui a idéia fundamental de um welfare state. Mas o conceito precisa ser bem especificado. Antes de tudo, deve envolver a garantia de direitos sociais. Quando os direitos sociais adquirem o status legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho, implicam uma "desmercadorização" do status dos indivíduos vis-à-vis o mercado. Mas o conceito de cidadania social também envolve estratificação social: o status de cidadão vai competir com a posição de classe das pessoas, e pode mesmo substituí-lo. O welfare state não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social. Estes são os três princípios mais importantes que precisam ser elaborados antes de qualquer especificação teórica do welfare state” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 101).

²¹ Sobre o Estado de bem-estar social e sua relação com a família: “[...] seguindo tendência dominante, o Estado de Bem-Estar que se consolidou após a segunda guerra mundial, privilegiou como seu suporte básico a unidade familiar - concebida, conforme Esping-Andersen (1996, p. 355), como uma família estável, sustentada pelo homem, que deveria garantir tanto uma prole numerosa quanto a provisão do lar. Calcado nessa concepção, o Estado delegou à família os cuidados das crianças e dos idosos, passando a concentrar sua atenção nos riscos relacionados aos rendimentos do trabalho, supondo que esses riscos seriam mínimos numa época de pleno emprego e de bons salários. Em consequência, a mulher se tornou reconhecida, não só em casa, mas fora dela, como dependente do chefe da família” (PEREIRA-PEREIRA, p. 80, 2006).

²² O termo sexual é aqui entendido como MACKINNON (1995, p.14. Grifos da autora): “El término sexual se refiere a la sexualidad, no es la forma adjetiva de *sexo* en el sentido de género. La sexualidad no se limita a lo que se hace por placer en la cama o como acto reproductivo ostensible, y no se refiere exclusivamente al contacto genital, a la excitación no a las sensaciones, ni se termina en el sexo-deseo, en la libido ni en el eros. La sexualidad se concibe como un fenómeno social mucho más amplio, nada menos que como la dinámica social del sexo entendido como jerarquía social, y su placer es la experiencia del poder em su forma com género”.

²³ A interseccionalidade é uma perspectiva de análise das opressões que as compreende subjacentes a uma estrutura de dominação, mas que rejeita a hierarquização dessas opressões e as entende de modo interconectado, sobreposto e se influenciando mutuamente (RODRIGUES, 2013).

Este capítulo também resgata brevemente as transformações nos modelos de proteção social, apontando a relação estabelecida entre estes e as famílias, ora mais centrados nesta instituição, delegando a elas – fundamentalmente mulheres - responsabilidades com o bem-estar das pessoas, ora mais protetivo e concentrado na figura do Estado.

A preocupação em entender como se configuram esses modelos de proteção social se dá a partir da compreensão de que ao aumentar ou diminuir o nível de presença do Estado enquanto principal prestador de serviços sociais e cuidado, interfere-se diretamente na vida das mulheres e em uma maior ou menor proteção das pessoas em geral. Para este trabalho, tal preocupação se faz ainda mais relevante ao ser percebida uma tendência²⁴ nas políticas públicas, especificamente no que concerne à saúde mental, em ter na família uma unidade de atendimento, como pontuou Sarti (2004).

Enquanto umas situam a família no campo simbólico, da linguagem e do discurso, como, por exemplo, Sarti (2004), outras partem de uma perspectiva sócio-histórica, analisando-a sob um viés econômico, como Engels (1978) o fez em *A origem da família, do Estado e da propriedade privada*.

Começamos pelas contribuições de Engels (1978). O autor rebate a concepção que forja relação direta entre a origem do vocábulo família e os sentimentalismos – amor romântico - usualmente associados à instituição, resgatando em sua gênese conexão íntima com a propriedade privada.

Em sua origem, a palavra *família* não significa o ideal - mistura de sentimentalismo e dissensões domésticas - do filisteu de nossa época; - a princípio, entre os romanos, não se aplicava sequer ao par de cônjuges e aos seus filhos, mas somente aos escravos. *Famulus* quer dizer escravo doméstico e *família* é o conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem. Nos tempos de Gaio, a *família* “id est patrimonium” (isto é, herança) era transmitida por testamento. A expressão foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social, cujo chefe mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o pátrio poder romano e o direito de vida e morte sobre todos eles (ENGELS, 1978, p. 61).

Embora Trad (2010) nos diga que por ser vasta a literatura referente à família, é necessário reconhecer a multiplicidade de formas e sentidos do conceito no meio acadêmico, Fonseca (2007) afirma ter tido a categoria pouca popularidade entre cientistas sociais das

²⁴ “Como sintetizou Marsiglia (2003), essa tendência pode ser observada em várias orientações: desinternação ou desospitalização, de doentes crônicos físicos ou mentais; redução do tempo de internação, nas doenças graves; e ênfase no atendimento domiciliar, tanto no caso de doentes graves e crônicos, como no da assistência aos idosos. O problema reside em que não necessariamente se levam em conta as implicações dessa estratégia” (SARTI, 2004, p.12).

últimas décadas, afirmando que “é como se o material sobre as relações familiares emergisse *apesar* dos analistas” (FONSECA, 2007, p. 09).

Autoras como Monteiro & Nogueira (2013) afirmam que para a análise das famílias, assim como das funções a elas atribuídas, é imprescindível entendê-las como parte de um modo de produção social, neste caso, o modo de produção capitalista:

Partindo desse pressuposto, entendemos que os modos de sobrevivência das famílias contemporâneas têm relação com os modos de produção de uma sociedade. No modo de produção capitalista são, portanto, determinados pelas relações entre capital e trabalho, e pelas contradições e desigualdades entre as classes sociais que os constituem (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013, p. 141).

Nesse sistema, faz-se presente uma concepção hegemônica de família, aquele ideal que remete à família tradicional burguesa: monogâmica, centrada na figura masculina, branca, heterossexual. No entanto, tal idealização não consegue abarcar a totalidade da realidade das famílias, uma vez que são construídas e reconstruídas historicamente, não podendo ser dissociadas dos contextos culturais, econômicos e sociais nos quais estão inseridas. Portanto, ainda que universal, a experiência familiar é complexa e não pode ser considerada homogênea nem estática (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013).

Nas sociedades capitalistas a família também diz respeito à classe a qual seus membros pertencem, uma vez que em tal modo de produção as famílias também se organizam sob bases materiais e são marcadas pelas posições sociais de seus membros no que diz respeito ao seu poder econômico, ou seja, se estão dentre aqueles que vendem a sua força de trabalho para sobreviver ou dentre aqueles que a compram por serem detentores dos meios de produção.

Os estudos sobre família estiveram também imbricados aos estudos relativos ao parentesco²⁵. Assim como a família, o parentesco está sujeito ao território e ao contexto em que se dão suas relações, apresentando limites nas tentativas de sua universalização. Dessa forma, Engels nos alerta para o fato de que analisando outros sistemas de parentesco, como o havaiano ou de povos indígenas das Américas, observa-se uma contradição relativa à concepção de modelos de famílias admitidas como os únicos válidos e defende a ideia de que “Ao passo que a família prossegue vivendo, o sistema de parentesco se fossiliza; e, enquanto este continua de pé pela força do costume, a família o ultrapassa” (ENGELS, 1978, p. 30).

²⁵ “Aunque algunas de las personas que participaron en aquellos debates dejaron la cuestión del parentesco en manos de Lévi-Strauss y de los sucesores de la teoría lacaniana, otras siguieron defendiendo la idea de que era necesaria una explicación específicamente social de la familia que diera cuenta de la división sexual del trabajo y de la reproducción «generizada» del trabajador” (BUTLER, 2000, p. 116).

Nesta mesma linha, Butler (2000) aponta que estudos *queer*, gays e lésbicos passaram a questionar os vínculos entre parentesco e reprodução sexual, assim como, a relação entre reprodução sexual e sexualidade.

Se podría ver en los estudios queer un importante retorno a la crítica marxista de la familia, basado en una perspectiva dinámica que desarrolla un análisis socialmente contingente y socialmente transformable del parentesco, que se distancia del pathos universalizador de las aproximaciones inspiradas en Lévi-Strauss y Lacan que han determinado algunas formas de teorización feminista. (BUTLER, 2000, p. 120)

Engels (1978) confronta perspectivas tradicionais a estudos acerca da “história primitiva” e aponta que aquelas tradicionais omitem muito das dinâmicas e das organizações familiares e que ela:

[...] conhece apenas a monogamia, ao lado da poligamia de um homem e talvez da poliandria de uma mulher, silenciando - como convém ao filisteu moralizante - sobre o fato de que na prática aquelas barreiras impostas pela sociedade oficial foram tácita e inescrupulosamente transgredidas (ENGELS, 1978, p. 31).

Tal crítica nos atenta para a moral e o conservadorismo que também permeiam debates e discussões acerca desta instituição mostrando, mais uma vez, a importância que as famílias ocupam na organização das sociedades modernas que Engels analisou e também nas sociedades contemporâneas nas quais vivemos.

Fonseca (2007) aponta que a temática “família e parentesco” retorna como central aos estudos somente ao final dos anos 90, tal retorno foi considerado radicalmente influenciado e transformado a partir das críticas “[...] da pesquisa feminista, póscolonialista, gay e lésbica, etc.” (FONSECA, 2007, p. 09-10); e atenta ao contexto dos anos 80 e 90, em que diversos acontecimentos da vida social, como as tecnologias reprodutivas e questões acerca da sexualidade influenciaram e colocaram em discussão a noção de família vigente. Desta forma,

[...] cabe também lembrar que na década de 80 se iniciou uma onda de adoções transnacionais – processo pelo qual muitas famílias, na América do Norte e na Europa, passaram a incluir nos seus lares crianças adotadas de além-mar. A existência dessas famílias, muitas vezes “transraciais”, desmascarava as origens não biológicas da filiação. Será por acaso que, praticamente ao mesmo tempo, o parentesco, enquanto conceito analítico, volta revigorado justamente por estudos etnográficos sobre a circulação de crianças na Oceania (Schneider, 1984) – um parentesco “dessubstancializado”, que incluiria, cada vez mais, formas de conectividade além do sangue? (FONSECA, 2007, p. 20-21).

Outro tema relevante ao estudo das famílias é o matrimônio ou círculo conjugal. Engels parte daquele para a análise da evolução social das famílias, situando os tempos pré-

históricos, baseando-se no entendimento de que tal tarefa “consiste numa redução constante do círculo conjugal entre os sexos, círculo que originariamente abarcava a tribo inteira” (ENGELS, 1978, p. 49). Segundo o autor, nesse período em questão se pode observar

A exclusão progressiva, primeiro dos parentes próximos, depois dos parentes distantes e, por fim, até das pessoas vinculadas apenas por aliança, torna impossível na prática qualquer matrimônio por grupos; como último capítulo, não fica senão o casal, unido por vínculos ainda frágeis - essa molécula com cuja dissociação acaba o matrimônio geral. Isso prova o quão pouco tem a ver a origem da monogamia com o amor sexual individual, na atual acepção da palavra (ENGELS, 1978, p. 49).

Como se vê, ao resgatar autores como Engels (1978), desde seus primeiros usos nas sociedades ocidentais, o conceito de família apresentou relação muito próxima às necessidades da propriedade privada, ao contrário do romancismo muito associado; num interesse de demarcação de posse e poder seja sobre bens, seja sobre pessoas, a expressão era utilizada centrada no homem como sujeito de posse e que determinaria o destino de suas riquezas, assim como ditava sobre a própria vida da esposa e filhos. Para tanto, o autor destaca a importância da monogamia neste processo:

A monogamia surgiu da concentração de grandes riquezas nas mesmas mãos – as de um homem – e do desejo de transmitir essas riquezas, por herança, aos filhos desse homem, excluídos os filhos de qualquer outro. Para isso era necessária a monogamia da mulher, mas não a do homem, tanto assim que a monogamia daquela não constituiu o menor empecilho à poligamia, oculta ou descarada, desse (ENGELS, 2009, p. 96).

Neste sentido, o casamento monogâmico aparece como obrigação meramente formal ao homem, mas imprescindível às mulheres, assegurando a paternidade da prole.

Segundo Engels (1978), nas famílias sindiásmicas²⁶, nas quais a filiação se fazia segundo o direito materno, os descendentes de um membro feminino da família permaneciam no núcleo ao qual a genitora pertencia e os descendentes de um membro masculino saíam deste núcleo, os bens referentes ao lar eram das mulheres, portanto, passados aos seus filhos e filhas.

Dessa forma, pois, as riquezas, à medida que iam aumentando, davam, por um lado, ao homem uma posição mais importante que a da mulher na família, e, por outro lado, faziam com que nascesse nele a ideia de valer-se desta vantagem para modificar, em proveito de seus filhos, a ordem da herança estabelecida. Mas isso não se poderia fazer enquanto permanecesse vigente a filiação segundo o direito materno (ENGELS, 1978, p. 59).

²⁶ “Neste estágio, um homem vive com uma mulher, mas de maneira tal que a poligamia e a infidelidade ocasional continuam a ser um direito dos homens, embora a poligamia seja raramente observada, por causas econômicas; ao mesmo tempo, exige-se a mais rigorosa fidelidade das mulheres, enquanto dure a vida em comum, sendo o adultério destas cruelmente castigado. O vínculo conjugal, todavia, dissolve-se com facilidade por uma outra parte, e depois, como antes, os filhos pertencem exclusivamente à mãe” (ENGELS, 1978, p. 49).

Então, com o acúmulo de bens referentes ao serviço desempenhado pelos homens, tais como, gados e instrumentos de caça, acumulou-se uma riqueza que para que pudessem ser repassadas e se concentrassem nas famílias nucleares tiveram que modificar a lógica anterior na qual a hereditariedade era determinada numa lógica matriarcal, passando a ser centrada na figura masculina do casal, inaugurando-se então, a família patriarcal²⁷.

Engels (1978) segue seu resgate informando que a família sindiásmica deu lugar à família patriarcal assentada na monogamia, o que legitimou o controle das mulheres pelos homens e assegurou a paternidade dos filhos e a fidelidade daquelas. Nessa configuração familiar, de acordo com o contexto e culturas, varia o tratamento dado às mulheres, por vezes, mais rigorosos e mais vigilantes, por outras, mais flexíveis. A família monogâmica é observada mesmo entre os gregos e emerge

[...] no período de transição entre a fase média e a fase superior da barbárie; seu triunfo definitivo é um dos sintomas da civilização nascente. Baseia-se no predomínio do homem; sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível; e exige-se essa paternidade indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão, um dia, na posse dos bens de seu pai. A família monogâmica diferencia-se do matrimônio sindiásmico por uma solidez muito maior dos laços conjugais, que já não podem ser rompidos por vontade de qualquer das partes. Agora, como regra, só o homem pode rompê-los e repudiar sua mulher (ENGELS, 1978, p. 66).

Segundo Engels (1978, p. 70), a monogamia foi o primeiro modelo de organização familiar que se baseava nas condições econômicas e “concretamente no triunfo da propriedade privada sobre a propriedade comum primitiva”. E acrescenta:

[...] o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia; e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino. [...] É a forma celular da sociedade civilizada, na qual já podemos estudar a natureza das contradições e dos antagonismos que atingem seu pleno desenvolvimento nessa sociedade (ENGELS, 1978, p. 70-71).

Em contrapartida, Butler (2000) questiona esse viés econômico de análise das relações familiares e sexuais e pontua que devem partir de uma combinação entre estas análises econômicas e análises culturais, uma vez que as famílias são permeadas por ambas esferas:

Lévi-Strauss no demonstró únicamente que esta relación de intercambio no era o bien cultural o bien económica, sino que hizo que esta distinción fuera

²⁷ “O patriarcado, ou a família patriarcal, constitui o modelo típico de família, fundada na superioridade hierárquica do homem sobre a mulher e reforçada ainda pela legislação e pelas tradições relativas ao matrimônio” (DRAIBE, 2006 p. 22).

sólo inadecuada e inestable: el intercambio produce un conjunto de relaciones sociales, comunica un valor cultural o simbólico –la interrelación entre ambos resulta fundamental para entender el modo en el que las posiciones lacanianas se alejan de las de Lévi-Strauss– y asegura las vías de la distribución y el consumo. Si la regulación del intercambio sexual hace difícil, si no imposible, establecer una distinción entre lo cultural y lo económico, entonces ¿cuáles son las consecuencias que pueden extraerse del funcionamiento de estos intercâmbios una vez que hemos admitido que exceden y tornan confusas las estructuras claramente elementales del parentesco? ¿Sería más fácil distinguir entre lo económico y lo cultural si el intercambio sexual no normativo y contranormativo llegará a constituir el sistema de circuitos excesivo del don en relación al parentesco? (BUTLER, 2000, p. 120)

Apesar de ser a família reconhecido lugar de desenvolvimento de afetividade e onde se estabelecem relações importantes à socialização dos indivíduos “que assim desenvolvem o sentido de pertença a um campo relacional iniciador de relações includentes na própria vida em sociedade e um campo de mediação imprescindível” (CARVALHO, 2010, p. 271), também são marcadas por divergências e contradições, sendo *locus* em que se reproduzem desigualdades e violências (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013).

Assim, pois, nos casos em que a família monogâmica reflete fielmente sua origem histórica e manifesta com clareza o conflito entre o homem e a mulher, originado pela dominação exclusiva do homem, temos um quadro em miniatura das mesmas oposições e contradições em que se move a sociedade, dividida em classes desde os primórdios da civilização, sem poder resolvê-las nem superá-las (ENGELS, 1978, p. 87).

No Capitalismo, tanto o Estado quanto as famílias têm definido os papéis no que concerne à regulação e normatização das vidas dos sujeitos, assim como a divisão e distribuição de propriedade, funções, poder, direitos e deveres. Ambos são imputados à importante função na reprodução e proteção dos indivíduos, sendo indispensáveis ao funcionamento das sociedades capitalistas por oferecerem aquilo que o mercado não pode ou não está disposto a oferecer aos sujeitos: o atendimento das “necessidades sociais²⁸” (CARVALHO, 2010, p. 268).

²⁸ Sobre necessidades humanas resgatamos as considerações realizadas por Pereira: “Embora seja difícil precisar o que sejam necessidades humanas, existem contribuições teóricas não convencionais, tributárias da tradição marxista, que nos ajudam a identificá-las no marco das relações sociais e, portanto, como algo que não existe a priori, mas determinado por formas concretas de vida em sociedade. É por isso que para essas teorias não existe uma necessidade (individual), mas necessidades (sociais), assim como não existem sujeitos de necessidades, mas relações entre indivíduos que se tornam sujeitos quando entram em relação para suprir necessidades comuns (Brage, 1999, 21). Tal entendimento é fundamental para estabelecer a diferença entre a mera carência material e necessidades sociais como um conceito complexo, avesso a naturalizações e fatalismos como será visto mais adiante” (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 70).

Se não houvesse necessidades percebidas e socialmente compartilhadas, não existiriam políticas, direitos, normas protetoras, trabalho e tantas outras respostas resultantes da práxis humana, por meio da qual tanto a natureza quanto a sociedade (e os próprios atores sociais) são transformados (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 68).

Desta forma, ao ser a família grupo social fundamental à gestão da vida das pessoas, é importante levar em consideração suas particularidades, contexto social e a forma como o Estado se relaciona com elas.

2.2 Famílias brasileiras: particularidades de classe, raça e gênero

Para a compreensão das famílias brasileiras é necessário resgatar o histórico colonial que deu base à formação socioeconômica do país. Sustentada pela escravidão de povos provenientes principalmente do continente Africano deu-se o processo de colonização brasileira; essas pessoas escravizadas trazidas da África, assim como indígenas, são parte indispensável à compreensão da atual composição da população brasileira.

No Brasil e na América Latina, a violação colonial perpetrada pelos senhores brancos contra as mulheres negras e indígenas e a miscigenação daí resultante está na origem de todas as construções de nossa identidade nacional, estruturando o decantado mito da democracia racial latino-americana, que no Brasil chegou até as últimas consequências. Essa violência sexual colonial é, também, o “cimento” de todas as hierarquias de gênero e raça presentes em nossas sociedades, configurando aquilo que Ângela Gilliam define como “a grande teoria do esperma em nossa formação nacional”, através da qual, segundo Gilliam: “O papel da mulher negra é negado na formação da cultura nacional; a desigualdade entre homens e mulheres é erotizada; e a violência sexual contra as mulheres negras foi convertida em um romance” (CARNEIRO, 2001, p. 01).

Portanto, discutir família, particularmente as funções de cuidado, é também colocar em questão o debate sobre a formação social brasileira, sustentada nas opressões e exploração de classe, raça e gênero²⁹, que refletiram fundamentalmente nas relações sociais e nas famílias. Esse histórico de violação e desigualdades entre corpos negros e brancos, femininos e masculinos, livres e escravizados, é capaz de trazer um resgate mais justo e próximo ao processo de formação social, cultural e econômico brasileira; trazendo à tona naturalizações

²⁹ “O termo gênero foi trazido do campo linguístico inglês, que, diferentemente de outras tradições intelectuais sobre as mulheres – como a francesa, que, por preferência, utiliza “relações sociais de sexo” (KERGOAT, 1992), foi de imediato incorporado às ciências sociais brasileiras a partir de meados dos anos 1980. Constituiu-se em uma categoria de ordenamento conceitual como também em uma referência à formulação de políticas públicas destinadas às mulheres (GROSSI, 2010)” (BANDEIRA & ALMEDA, 2013, p. 33).

de papéis sociais, estigmas e invisibilidade aos quais determinados corpos foram e estão sujeitos.

[...] há que se considerar que, embora o cenário atual seja de redução das desigualdades sociais, ainda persistem padrões diferenciados de participação na educação e no mercado de trabalho que afetam de forma específica as mulheres, os negros e, em especial, as mulheres negras (FRANÇA *et al.*, 2013, p. 54).

Gonzalez (1984) resgata três lugares aos quais ficaram marcados às mulheres negras: “mulata”, “doméstica” e “mãe-preta”. Segundo a autora, a figura da “mulata” e da “doméstica” se aproximam à medida que se articulam com a prestação de serviços sexuais, mas que em oposição à exaltação da “mulata”, presente principalmente nos carnavais, exotificada e fantasiada no imaginário social, a figura da “doméstica” é menosprezada, uma vez que faz parte da vida cotidiana “[...] nada mais é do que a mucama permitida, a da prestação de bens e serviços, ou seja, o burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas” (Gonzalez, 1984, p. 230).

Para a compreensão da figura da “mãe-preta” Gonzalez (1984) resgata e tensiona os ideais de maternidade hegemônicos, sendo assim, afirma que esta mulher é, de fato, a mãe das crianças das famílias brancas às quais presta seus serviços:

É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra. Se assim não é, a gente pergunta: quem é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe prá dormir, que acorda de noite prá cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe nesse barato doido da cultura brasileira. Enquanto mucama, é a mulher; então “bá”, é a mãe. A branca, a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve prá parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a “mãe preta” é a mãe (GONZALEZ, 1984, p. 235).

Desse modo, essas mesmas sujeitas que sobrevivem na base da prestação de serviços acabam por sustentar e “segurar a barra”, nas palavras de Lélia Gonzalez (*idem*), das (suas e das outras) famílias praticamente sozinhas (GONZALEZ, 1984), mas não só realizam as tarefas para os cuidados com essas crianças como também criam laços afetivos com elas. No entanto, a autora contesta a construção da imagem de benevolente das mães-pretas ao lembrar que nesse exercício da maternidade realizado por elas acabam por transmitir muito de sua cultura e valores às crianças brancas, o que é chamado por ela de “rasteira à classe dominante”.

O que a gente quer dizer é que ela não é esse exemplo extraordinário de amor e dedicação totais como querem os brancos e nem tampouco essa

entreguista, essa traidora da raça como quem alguns negros muito apressados em seu julgamento (GONZALEZ, 1984, p. 135).

Dentro de um contexto de inspiração em um projeto igualitário nos anos 70/80 ganham efervescência movimentos políticos diversos³⁰, dentre eles, o feminismo. Com o trabalho extradoméstico de uma parcela do conjunto de mulheres antes não inseridas no mercado de trabalho e também com as tecnologias reprodutivas³¹, ocorre uma tentativa de colocar as desigualdades de sexo em discussão e de produzir a igualdade e a proporcionalidade entre os sexos e as gerações.

Vale notar também que em todos os países, incluindo os de regime socialista, o domínio patriarcal, isto é, a opressão do homem sobre a mulher, continua imperando, fazendo com que haja a extensão do patriarcado da casa para o local trabalho. Essa tendência impõe às mulheres a desgastante tarefa de constantemente terem de conciliar o “trabalho produtivo” com o “trabalho reprodutivo”, obrigando-as a desenvolver uma espécie de “maternidade social”, de fortes raízes culturais, para além da maternidade biológica (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 79).

Nesse sentido, a organização coletiva “[...] tornou-se a principal arma das mulheres para a conquista da sua autonomia, pois cedo perceberam que a utopia do individualismo não combinava com elas” (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 83-84). Advinda da diversidade de contextos e experiências das mulheres e por não representarem todas elas, críticas são realizadas a estas iniciativas de repensar o discurso sobre o sexo e de organizá-las politicamente³².

No contexto anglo-saxão feministas negras pioneiras como Hazel Carby, bell hooks, Patrícia Hill Collins, Patrícia Williams e Kimberlé Crenshaw

³⁰ “Pode-se apresentar o ano de 1975 como o marco de reaparecimento de organizações feministas no Brasil. E no ano de 1978 é criado o Movimento Negro Unificado (MNU), em São Paulo, como reação à discriminação sofrida por quatro atletas negros no Clube Tietê e à morte de um operário negro, Robson Silveira da Luz, devido a torturas policiais” (RODRIGUES, 2013, p. 1).

³¹ Sobre o debate acerca das tecnologias contraceptivas e conceptivas, o movimento que se dividiu em etapas: “A primeira – do nascimento de Louise Brown (1978) até o início dos anos 90 – teria sido marcada pela polarização entre “feministas liberais”, encantadas com a ampliação de escolhas proporcionadas pelas novas tecnologias reprodutivas, e “feministas radicais”. Estas, particularmente atentas à possibilidade de abusos eugênicos, se agrupavam em organizações como FINRRAGE e, denunciando as novas tecnologias como instrumento de uma medicina masculinista e de controle social patriarcal, pregavam que “nunca é tarde para dizer não”. A partir dos anos 90, durante a segunda fase, a pesquisa feminista teria mantido uma vigilância contra abusos eugênicos, assim como uma visão crítica diante da desigualdade de acesso às tecnologias. Porém, incluiria uma apreciação maior pela experiência, e eventual sofrimento, de mulheres antes e depois de procurarem ajuda das novas tecnologias” (FONSECA, 2007, p. 27).

³² Sobre essas experiências nos Estados Unidos: “Desde a publicação de *White Woman: Listen! Black Feminism and the Boundaries of Sisterhood*, obra seminal de Hazel Carby no início dos anos 80, houve uma rápida e contínua expansão de estudos articulando raça, gênero e classe que, em seu conjunto, passaram a constituir um campo acadêmico específico: o pensamento feminista negro” (RODRIGUES, 2013, p. 5).

procuraram romper com as limitações do feminismo branco e sua perspectiva de unicidade da luta feminista. Um dos principais pontos de disputa entre feministas brancas e negras neste período dizia respeito à centralidade dada por aquelas ao patriarcado. (RODRIGUES, 2013, p. 5)

Pereira-Pereira (2006a) aponta que reflexos desta contestação também se tornaram presentes em diversos movimentos, como na ala socialista do movimento feminista, que passou a realizar críticas ao sistema de bem-estar nos anos 1970 identificando esse “Estado como expressão simultânea da *opressão patriarcal* e da *exploração capitalista*” (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 82. Grifos da autora).

Butler (2000) traz contribuições para o entendimento sobre esse fenômeno de contestações dentro de movimentos sociais principalmente. Segundo a autora, algumas estudiosas passaram a compreender que a reprodução da lógica de gêneros era fundamental para a reprodução da família e da heterossexualidade³³ e, portanto, imprescindível para a análise da divisão sexual do trabalho. Essas autoras foram orientadas por debates ocorridos nos anos 1970-1980 sobre as condições materiais para a sobrevivência que passaram a considerar a reprodução sexual como parte da economia política.

Así mismo, trató de demostrar cómo la reproducción de personas generizadas, de «hombres» y de «mujeres», dependía de la regulación social de la familia y, em realidad, de la reproducción de la familia heterosexual como lugar de la reproducción de personas heterossexuales aptas para incorporarse a la familia em tanto que forma social (BUTLER, 2000, p. 116).

E, dessa forma, entendeu-se que a sexualidade era regulada de maneira à servir ao modo de produção ao qual estava vinculada, colaborando com o funcionamento da economia política (Butler, 2000). Todavia, Butler (2000) aponta uma insuficiência à compreensão sobre as desigualdades de gênero e os debates sobre família quando estritamente analisadas sob o viés econômico.

El problema aquí, a diferencia de cómo lo entiende Fraser, es que las luchas para transformar el campo social de la sexualidad no sólo no se convierten en centrales para la economía política hasta el punto de poder ser relacionadas directamente con la cuestión del trabajo no remunerado y explotado, sino, además, hasta el punto de no poder ser entendidas, si no se amplía la esfera «económica» para incluir tanto la reproducción de mercancías, como la reproducción social de las personas (BUTLER, 2000, p. 116-117).

³³ “El modelo obligatorio del intercambio sexual no sólo reproduce una sexualidad constreñida por la reproducción, sino una noción naturalizada del «sexo», en la cual la reproducción tiene una función primordial. En la medida en que los sexos naturalizados funcionan para asegurar la pareja heterosexual como la estructura sagrada de la sexualidad, contribuyen a perpetuar el parentesco, los títulos legales y económicos, así como las prácticas que delimitan quién será una persona socialmente reconocida como tal” (BUTLER, 2000, p. 120).

A crítica de Butler (2000) às análises com um viés puramente econômico parte da sua argumentação de que é impossível separar, ainda que analiticamente, o reconhecimento cultural à opressão material. Desse modo, discorda de correntes marxistas por colocarem as questões sobre a regulação social da sexualidade, ainda que partícipes de um mesmo processo de produção, no rol de disputas meramente culturais ignorando suas possibilidades de fissura à normatividade econômica à serviço da exploração capitalista, bem como os “efeitos materiais” sobre a vida das sujeitas de sexualidades não-normativas ou marginais.

Sería un error entender dichas producciones como «meramente culturales» si pensamos que son esenciales para el funcionamiento del orden sexual de la economía política, es decir, si pensamos que constituyen una amenaza fundamental para su funcionamiento adecuado. Lo económico, ligado a lo reproductivo, está necesariamente vinculado con la reproducción de la heterosexualidad. No se trata simplemente de que excluya las formas de sexualidad no heterosexuales, sino de que su eliminación resulta fundamental para el funcionamiento de esta normatividad previa. No se trata sencillamente de que ciertas personas sufran una falta de reconocimiento cultural por parte de otras, sino, por el contrario, de la existencia un modo específico de producción e intercambio sexual que funciona con el fin de mantener la estabilidad del sistema de género, la heterosexualidad del deseo y la naturalización de la familia (BUTLER, 2000, p. 118).

Nesse sentido, Butler (2000) afirma a substancialidade de uma política sexual dentro dos padrões da heteronormatividade e também da naturalização da família para o funcionamento deste modo de produção. A gendrificação/generificação dos corpos desde a infância possui função na sociedade e essa função não está só relacionada às relações de poder culturais e simbólicas, mas também econômicas e capitalistas.

Importante ressaltar que não há somente a consequência dos efeitos materiais sobre a vida dessas pessoas de gêneros e/ou sexualidades dissidentes. O próprio regime capitalista torna esses corpos estranhos, pois são corpos que não servem à composição heterossexista de família a qual tem a função de, nessa ordem, reproduzir pessoas distintas que possam ser inteligíveis, exercendo, assim, funções também diferenciadas nos meios de produção (BUTLER, 2000), ou melhor, a divisão do trabalho sexual (mulheres como reprodutoras para atender o mercado) e a divisão sexual do trabalho (mulheres no mercado de trabalho ganhando menos, majoritariamente em baixos postos, com jornadas duplas entre trabalho assalariado e doméstico).

A autora conclui seu pensamento apontando que as análises desta política não devem se dar de forma unilateral, uma vez que o importante não é determinar se as regulações sobre a sexualidade pertencem à seara cultural ou à econômica, mas considerar que suas práticas

diluem as fronteiras entre essas esferas e acometem materialmente àquelas que destoam de suas regras (BUTLER, 2000).

Por outro lado, correntes do feminismo compostas por mulheres negras também realizam importantes críticas e contribuições às discussões sobre as desigualdades de gênero. Essas mulheres orientaram suas críticas a partir da compreensão de que a aliança entre mulheres brancas e negras era apenas aparente, já que conflitos e fissuras surgiam dentro do movimento feminista uma vez colocadas as diferenças de experiências e espaços sociais (RODRIGUES, 2013).

Nesse contexto, as críticas ao tradicional feminismo³⁴ apontavam que o movimento não se propunha a pautar as questões de raça e de classe, determinantes às vivências das mulheres, especialmente, das mulheres latino-americanas (CARNEIRO, 2001); tais críticas partiram de um entendimento de que a libertação das mulheres em nossas sociedades “[...] não depende apenas da nossa capacidade de superar as desigualdades geradas pela histórica hegemonia masculina” (CARNEIRO, 2001, p. 02), mas que deve ser buscada por meio do enfrentamento de todas as formas de opressão, não só o gênero.

Carneiro (2001) ressalta que, no Brasil, os movimentos de mulheres negras ao pautarem as contradições das diversas matrizes de opressão acabam por contribuir para a sintetização de bandeiras históricas de luta para os movimentos de mulheres e para os movimentos negros “[...] enegrecendo de um lado, as reivindicações das mulheres, tornando-as assim mais representativas do conjunto das mulheres brasileiras, e, por outro lado, promovendo a feminização das propostas e reivindicações do movimento negro” (CARNEIRO, 2001, p. 02).

Uma saída para as insuficiências nas análises unilaterais sobre as desigualdades de gênero é a adoção de uma perspectiva interseccional:

Dada sua abrangência, interseccionalidade pode ser considerada, a depender de quem (e como se) usa a terminologia, um conceito, uma ferramenta heurística ou uma teoria. Um ponto comum, no entanto, a todas as feministas que aderiram à interseccionalidade diz respeito à tentativa de focar em que medida raça, gênero e classe social interagem com a realidade sócio-material da vida de mulheres na (re) produção e transformação de relações de poder (RODRIGUES, 2013, p. 7).

³⁴ Acerca desses movimentos no Brasil, suas ativistas e pensadoras: “Revedo a bibliografia sobre gênero e raça no Brasil, com especial atenção aos movimentos sociais, vemos se repetirem em dezenas de artigos publicados nas décadas de 1980 e 1990 os nomes de Luiza Bairros, Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Edna Roland, Jurema Werneck, Nilza Iraci e Matilde Ribeiro, entre outras. Essas e outras tantas mulheres negras estiveram presentes e foram participantes fundamentais na formatação dos movimentos Negro e Feminista, contribuindo para o aprofundamento dos debates internos sobre a importância de se pensar gênero articulado ao pertencimento racial, apontando que racismo e sexismo devem ser trabalhados juntos [...]” (RODRIGUES, 2013, p. 2)

Sem ser reducionista nem relativista, o conceito da maneira como foi pensado abre a possibilidade da visibilidade para as diversas formas de ser “mulher”, reconhecendo as particularidades nas experiências sem tornar meramente disputa discursiva as relações de poder envolvidas nas várias formas de opressão (RODRIGUES, 2013).

No Brasil, nos anos noventa, em decorrência de um contexto de mudanças econômicas e sociais, como a redemocratização de diversos países latinoamericanos saídos de períodos ditatoriais, as famílias sofreram significativas mudanças tanto nas suas organizações cotidianas, quanto no plano legal.

Neste sentido, observa-se aumento significativo de famílias monoparentais, chefiadas por mulheres, maior número de separações e de famílias intergeracionais, tendo no idoso sua principal fonte de renda, assim como maior número de casais sem filhos e de famílias compostas por pessoas sem laços de parentesco (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013, p. 143).

No entanto, como nessa temática “tudo muda, mas nada muda” (HIRATA & KERGOAT, 2007), se, por um lado, houve importantes mudanças no plano legal, por outro, elementos estruturais seguiram inalterados. Basta notar que o movimento de inserção de uma quantidade maior de mulheres no âmbito público – inserção esta que não contou com igual participação dessas sujeitas em cargos de poder e decisão, pelo contrário, se deu nos cargos mais vulneráveis - não foi correspondida pelo trânsito dos homens na direção do âmbito doméstico (MARCONDES, 2013, p. 266).

Porém, ainda que as mulheres tivessem passado a ocupar espaços públicos e o mercado formal de trabalho, atenta-se para o fato de que tais mulheres pertenciam a um grupo social específico, às mulheres negras tal realidade de trabalho fora de suas casas já era há tempos por elas vivenciada; e mais, a incorporação destas sujeitas, neste caso, as mulheres brancas e de classe média só se deu a partir da complementariedade entre trabalho doméstico - desempenhado pelas mulheres negras em sua maioria - e o trabalho extra-doméstico³⁵:

Existe uma clara complementariedade entre a dinâmica familiar da mulher profissional, com suas crianças cuidadas no lar (graças à presença da empregada), e a da empregada doméstica, com suas crianças “em circulação” (já que não há outra maneira para essa trabalhadora, mal-paga e de pouco prestígio, cuidar delas...). Entretanto, enquanto a primeira é apresentada como alternativa, senão ideal, pelo menos aceitável, a segunda é frequentemente rotulada de “desorganizada” (FONSECA, 2007, p. 18).

³⁵ “Isso fica evidente na crítica que militantes negras fizeram ao fato de que a emancipação econômica e educacional vivida pelas mulheres de classe média a partir dos anos 1960 se deveu, em grande medida, à exploração do trabalho doméstico de mulheres negras e pobres” (RODRIGUES, 2013, p. 8).

Segundo dossiê publicado pelo IPEA (FRANÇA *et al.*, 2013) sobre a condição das mulheres negras no Brasil entre o ano de 1995 à 2009: as mulheres negras continuam chegando mais cedo que as brancas ao mercado de trabalho; apresentam as maiores taxas de desocupação; eram, em comparação ao total da população, apenas 1,4% de empregadores, sendo que os homens negros somavam 3,5%, as mulheres brancas 3,8% e os homens brancos 7,9%³⁶, ao passo que quando dizia respeito à ocupação de mulheres negras em trabalhos domésticos eram, proporcionalmente, o maior segmento.

Levando em consideração também esses dados, podemos inferir que as mulheres negras tem acesso a rendas mais baixas, ocupam cargos de trabalho mais precarizados e/ou estão desempregadas, o que aponta para um alarmante contraste entre os lugares sociais que ocupam e, por conseguinte, seu acesso desigual à renda e ao poder, ainda que entre mulheres (negras e brancas), quando então comparadas aos homens brancos esse cenário se torna ainda mais desproporcional³⁷.

Nesse sentido, este trabalho preocupa-se com a visibilidade destas sujeitas ao serem analisadas as questões referentes ao debate sobre a responsabilização da família e desresponsabilização do Estado no que diz respeito aos cuidados no âmbito doméstico. Ainda mais, diante de um cenário, no qual as legislações brasileiras não apontam responsabilidades para os homens quanto ao cuidado de membras familiares³⁸ e de dados que ilustram desigualdades de ocupação no mercado de trabalho, pode-se inferir uma tendência à centralização nos papéis esperados a serem desempenhados pelas mulheres.

2.3 Políticas sociais e família: naturalização das responsabilidades de cuidado às mulheres

³⁶ As porcentagens são em relação ao total da população do país (100%), não em relação ao total de empregadores do país (assim, a soma das porcentagens de cada categoria por raça/cor dá 16,6% da população total do país).

³⁷ “Em linha inversa, como destaca Navarro (2002), não é por acaso que entre os países da União Européia, os que têm maior participação da mulher no mundo do trabalho (74%) sejam os nórdicos. É neles que existe um maior desenvolvimento de serviços de apoio à família, e de inserção das mulheres como força de trabalho nos serviços públicos; neles ainda as taxas de natalidade se mantêm adequadas, sendo a participação da mulher no mercado de trabalho também mais igualitária e ampla” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 24).

³⁸ “Na legislação brasileira fica evidente que a responsabilidade dos cuidados recai somente sobre a mulher, seja nos direitos previstos, seja no próprio conteúdo que não aponta e não menciona a responsabilidade dos homens no exercício dos cuidados, diferente do que consta no conteúdo da legislação portuguesa” (MOURA, 2014, p. 41).

O reconhecimento e a problematização da existência de necessidades humanas criadas e compartilhadas socialmente deu base à ideia de que tais necessidades sociais deveriam ser satisfeitas pelo Estado, surgindo os direitos de cidadania e passam a serem desenvolvidas as políticas públicas (PEREIRA-PEREIRA, 2006a).

Isso acontece porque, por um lado, os seres humanos não são perfeitos, auto-suficientes, onipotentes, infalíveis, imortais e, portanto, não são imunes a carecimentos e fragilidades. Mas, por outro lado, isso acontece porque os mesmos seres humanos são criativos e dotados de capacidade de realização que, impulsionada por necessidades percebidas e socialmente compartilhadas, tem-lhes permitido superar estados de carência por meio do trabalho, movimentos e lutas, ou de contratos sociais. São várias, pois, as vias encontradas por homens e mulheres para suprir suas necessidades, desenvolver sua humanidade e melhorar suas condições de vida e de cidadania (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 68).

No entanto, as formas de satisfação dessas necessidades sociais por meio do Estado – ou não - estão intrinsecamente ligadas aos seus sistemas de proteção social, orientados pelo modo de produção ao qual se subordinam. Nesse sentido, Campos & Teixeira (2010, p. 22) apontam duas linhas principais para a participação da população na proteção social: “o do vínculo formal com o mercado do trabalho e o da posição no sistema sexo/gênero”.

Segundo Pereira-Pereira (2006b), na Inglaterra do século XVIII aparecem as primeiras iniciativas voltadas aos direitos de cidadania baseadas no conceito de proteção social mínima. Tal conceito:

O conceito de proteção social mínima identifica-se, nas suas origens, com um mínimo de renda. Surge na Grã-Bretanha, em 1795, sob forma de *abono social* ou rendimento mínimo garantido, no bojo de uma sociedade ainda não completamente mercantil, dada à falta, àquela época, de um mercado livre de trabalho. Respaldo pela Lei do Parlamento do Condado Speenhamland (*Speenhamland Law*), tal conceito marcou uma inflexão até então jamais vista na política de proteção social que vinha sendo desenvolvida na Inglaterra, desde 1536, sob a regência das velhas Leis dos Pobres (Poor Law) (PEREIRA-PEREIRA, 2006b, p. 103).

Desse modo, as ações de proteção social surgiram muito atreladas à renda, em forma de um recurso complementar ao recebido pelo trabalho (desempenhado pelo homem provedor) que tinha por finalidade garantir a satisfação daquilo que se entendia como essencial à manutenção e reprodução da vida humana. No entanto, quatro décadas depois, apoiadas em concepções que acreditavam ser qualquer tipo de intervenção estatal em auxílio aos pobres prejudiciais ao “processo de adaptação social”, a Lei do Parlamento do Condado de *Speenhamland* passa não mais a valer; o que ocorre concomitantemente a uma simplificação nas ações assistenciais e permitiu que a mão-de-obra ficasse ainda mais

vulnerável e susceptível aos ditames do mercado. Passando a vigorar, numa concepção liberal mais radical, um único tipo de ajuda aos pobres: deles entre eles mesmos (PEREIRA-PEREIRA, 2006b).

A saída foi a auto-organização das trabalhadoras que somente no século XIX ganhou espaço no legislativo e algumas conquistas significativas no que diz respeito aos direitos trabalhistas.

Com Bismarck, em 1883, vigorou na Alemanha, bem como em vários outros países da Europa e nos Estados Unidos, uma perspectiva restrita sobre o seguro social (PEREIRA-PEREIRA, 2006b).

Nos sistemas de política social de orientação conhecida como “bismarckiana”, ou “ocupacional”, em que o sistema previdenciário é o eixo e seus benefícios financeiros, destinados prioritariamente aos incluídos no mercado formal, é reconhecida a inferioridade da situação da mulher em termos de proteção social, dado seu vínculo mais frágil com o trabalho reconhecido contratualmente. Mulher e filhos têm acesso ao seguro na condição de dependentes do marido/pai/provedor, tendendo a ficar, quando solteiras sem vínculo de trabalho, ou como mães solteiras com filhos dependentes, entre outras situações, bastante prejudicadas quanto à cobertura do sistema (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 22).

No entanto, foi com a concepção de Seguridade Social inaugurada por William Beveridge que houve transformação fundamental aos regimes de proteção social, espalhando-se posteriormente ao período que ocorreu a Segunda Guerra Mundial para os principais países capitalistas e preparando o terreno para o que veio a ser conhecido como *Welfare State* (PEREIRA-PEREIRA, 2006b).

Na época, tal proposta tinha como objetivo a reconstrução da economia, em ritmo acelerado, oferecendo níveis salariais próximos da cobertura das necessidades do grupo familiar, desde que assentada na família nuclear, com sua institucional especificação de papéis. Tratava-se, portanto, de um projeto societário, direcionado a esse tipo de desenvolvimento social e econômico, estabelecendo sua base familiar (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 22).

O *Welfare State* teve princípios fundamentais advindos do pensamento econômico keynesiano³⁹; entre as décadas de 20 e 30 do século XX. Orientado por esse pensamento o

³⁹ “Embora Keynes não fosse socialista, ele foi, no século XX, um oponente de peso da crença liberal na auto-organização do mercado e na determinação de fatores extra-econômicos (guerras, greves, pressão dos sindicatos, etc.) sobre as disfunções da economia mercantil (crise e desemprego). Por isso, argumentava que o equilíbrio entre oferta e demanda somente seria assegurado se o Estado regulasse variáveis-chave do processo econômico como a *propensão ao consumo* e o *incentivo ao investimento*, em consonância com a seguinte lógica: o Estado deveria intervir na economia para garantir um alto nível de *demand agregada* (conjunto de gastos dos consumidores, dos investidores e do poder público) por meio de medidas macroeconômicas, que incluíam o aumento da quantidade de moedas, a repartição da renda e o investimento público suplementar” (PEREIRA-PEREIRA, 2006b, p. 112).

Estado passou a ampliar a cobertura aos direitos sociais, sendo mais abrangente no que dizia respeito às necessidades sociais sob forma de proteção social.

No entanto, à medida que governos e gestores entendem que o Estado não deve se ocupar com determinadas responsabilidades na proteção e reprodução dos sujeitos a tarefa é relegada, em partes ou completamente, à família ou ao mercado, para este último naquilo que ele enxerga possibilidade de lucro traduzindo em serviço para quem pode pagar. Partindo desse entendimento, uma quantidade majoritária de países teve a família como esfera fundamental ao provimento da proteção social “[...] seja altamente subsidiada via benefícios (casos da França e da Alemanha), seja na ausência de uma política familiar articulada” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 23). Pereira-Pereira (2006a, p. 80) informa que:

[...] historicamente todos os Estados de Bem-Estar estiveram baseados, ainda que em diferentes graus, em um modelo familiar em que a proteção social era assegurada por duas vias:

- a) mediante a participação do homem, chefe de família, no mercado de trabalho e sua inserção no sistema de seguridade social;
- b) mediante a participação dos dependentes do chefe de família, principalmente as mulheres, nas tarefas domésticas não remuneradas.

Diante desse contexto, algumas estudiosas começaram a cunhar a tendência à responsabilização das famílias pela proteção de seus membros, que passou a ser conhecida como “familismo”⁴⁰. Esta orientação esteve ainda mais reforçada a partir dos anos 2000, por meio da ideologia neoliberal que pregava redução do Estado em tamanho e poder (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010).

Na perspectiva do familismo, Campos & Teixeira (2010) apontam que para autores como Esping-Andersen os sistemas de bem-estar social possuíam uma distribuição “bimodal” nos seus regimes: a) os países do norte da Europa apresentaram os modelos mais “desfamiliarizados”, ou seja, políticas que socializavam os custos das necessidades das famílias e suas membras e que dependia mais da coletividade do que delas próprias para a sua satisfação; b) modelos próximos aos latinos, ou mediterrâneos, contavam com baixa qualidade e quantidade de serviços ofertados para as famílias pelo Estado.

O Capitalismo como um sistema que sobrevive da exploração da força de trabalho necessita estar sempre aumentando sua potencialidade em lucrar aproveitando-se da necessidade humana de vender-se para tornar possível a própria sobrevivência. E, nos anos

⁴⁰ “A expressão “familismo”, tal como usada por Saraceno (1994) e Esping-Andersen (1999), tornou-se corrente, como um indicador para medir o grau em que as famílias absorvem os riscos sociais nos regimes de bem-estar social” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 23).

70, ao passar por mais um processo de crise⁴¹, descobriu-se incompatível com o nível de proteção social tido como ideal no *Welfare State*, uma vez que quanto mais descoberta e necessitada a força de trabalho, mais disposta a sujeitar-se à condições extremas de exploração: maiores jornadas de trabalho, serviços que não garantam satisfatoriamente a sua proteção, etc.

Outra questão que orienta a retração do Estado nas políticas sociais é a disputa pelo fundo público⁴². Diante de discurso da “crise da previdência”, por exemplo, fortalece o discurso da necessidade de redução de gastos com políticas sociais. No entanto, o que está por trás dessas manifestações é o interesse do capital, já que recursos investidos em proteção social não são apropriados em benefício dele. Desta forma, os países capitalistas deixaram para trás a concepção ampliada de proteção social e passaram a questionar a viabilidade e sustentabilidade de tal modelo.

Em decorrência de processos de crise não são modificadas somente as políticas de proteção social, mas ocorre uma reorganização em vários âmbitos (social, política, econômica, cultural, etc.) com o objetivo de garantir a manutenção do sistema⁴³. Tais

⁴¹ “Desde sua origem, o capitalismo passou por crises estruturais e as medidas para o seu enfrentamento (ou minimização) se diferenciaram em função de alguns elementos, como: grau de desenvolvimento do capitalismo; formas de organização das classes sociais e formas de constituição e desenvolvimento do Estado em dado momento histórico (Behring e Boshcetti, 2009). As respostas governamentais às crises são diferenciadas, mas a natureza da crise, do ponto de vista da organização da economia e das relações sociais, caracteriza-se como uma crise de superprodução, determinada pelo processo incessante de busca de superlucros e superacumulação” (BOSCHETTI, 2010, p. 66).

⁴² Sobre as políticas sociais e a política macroeconômica: “Para assegurar esse pífio crescimento e gerar superávit primário nas contas públicas, o governo vem lançando mão, sucessivamente, de corte nos gastos públicos, tendo anunciado corte de R\$ 50 bilhões em 2011 e R\$ 55 bilhões em 2012 (sendo R\$ 5,47 bilhões da saúde e R\$ 1,93 bilhão da educação). Os cortes dos gastos se somam à já amplamente conhecida extração anual de 20% dos recursos do orçamento da seguridade social por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que expropriou, entre 2005 e 2011, R\$ 281.462 bilhões das políticas de previdência, saúde e assistência social. Este montante equivale a quatro vezes os gastos com saúde e seis vezes com assistência social em 2011. Somente nesse ano, foram retirados R\$ 52,6 bilhões da seguridade social, destinados ao pagamento dos juros da dívida pública (ANFIP, 2012, p. 92). De acordo com análise da Auditoria Cidadã da Dívida, no orçamento geral da União de 2011, foram utilizados 45% dos recursos do orçamento somente para pagamento dos juros da dívida (R\$ 708 bilhões de reais ou US\$ 406 bilhões de dólares). Por outro lado, foram destinados apenas 4,07% para a saúde, 2,99% para a educação, 2,85% para a assistência social, 2,29% para políticas de trabalho, 0,12% para a reforma agrária e 0,41% para a segurança pública. [...] Enquanto 47,19% do orçamento é destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública, as cinco políticas sociais que mais recebem recurso (previdência, saúde, educação, assistência social e trabalho) ficam, juntas, com apenas 29,9% do orçamento. Também nos mostra o distanciamento de investimentos entre a política de previdência (aposentadorias e pensões) e as demais políticas sociais, além de demonstrar que o investimento em assistência social (incluindo o SUAS e o Programa Bolsa Família) assume prioridade maior que o investimento em políticas de trabalho, segurança pública e outras” (BOSCHETTI, 2013, p. 361-362).

⁴³ “Especialmente sob a égide da ideologia neoliberal, que, ao preconizar a limitação da abrangência e do volume de recursos dos programas e ações estatais, comprometeu a já incipiente rede de equipamentos e políticas de

reorganizações repercutem também na divisão sexual do trabalho e do emprego - doméstico e extradoméstico - (HIRATA, 2001) e juntamente às mudanças ocorridas nas políticas sociais, influenciam sobremaneira as famílias, em especial, as das classes trabalhadoras. No entanto, emergem críticas as teorias que explicavam a proteção social apenas sob um viés macro, ou seja, econômico:

Ao demonstrarem que a provisão do bem-estar assentava-se, em grande medida, no cuidado familiar realizado pelas mulheres, de forma invisível e não remunerada, as teóricas feministas europeias apontaram a insuficiência destes modelos analíticos, como se neutras ao gênero fossem (MARCONDES, 2013, p. 254).

Nos anos 90, em um contexto de desresponsabilização estatal e de retrocesso no que diz respeito à direitos sociais, a família, vista hegemonicamente como instituição de proteção e promoção de determinadas necessidades sociais, passa a ser ainda mais imputada em responsabilidades por prover o bem-estar aos seus membros em quase todos os sentidos ganha centralidade na esfera pública, sobretudo nas políticas sociais. Neste contexto, a relação entre família e Estado é ressignificada, “[...] tanto nos países centrais quanto, sobretudo, nos países da periferia capitalista, a família volta a ser pensada como co-responsável pelo desenvolvimento dos cidadãos” (CARVALHO, 2010, p. 267). Logo, funções de proteção que antes competiam ao Estado, passam a ser delegadas à família, ou seja, mulheres, em especial, às mulheres negras, sujeitas as quais historicamente atribuiu-se o desempenho dessa função, seja em suas casas ou nas casas nas quais trabalham.

No rastro do “declínio do estado de bem-estar social” e do aumento preocupante da pobreza, estes teceram uma crítica à crescente tendência, em políticas de intervenção, de ver a família como *locus* privilegiado de problemas e soluções sociais. Críticas acadêmicas aos modelos rígidos de “papéis familiares” baseados na “socialização primária”, assim como à centralidade da noção de “auto-estima” em programas de intervenção – em suma, o combate a perspectivas vistas como “psicologizantes” – visavam evitar a “culpabilização das vítimas”, garantindo que fatores políticos e econômicos encontrassem seu lugar na análise da vida familiar (FONSECA, 2007, p. 15).

Acerca do contexto latino-americano Campos & Teixeira (2010) indicam que as reformas sociais implementadas com recortes que ficaram conhecidos como “neofamilistas”⁴⁴

apoio às famílias (como creches, asilos, lavanderias comunitárias etc.) (RICOLDI, 2010), resultando na devolução da responsabilidade pelo cuidado para as famílias” (MARCONDES, 2013, p. 266-267).

⁴⁴ “DeMartino (2001, p. 111) cita o “neo-familiarismo” corrente, expressão que traduz o que está subjacente à tendência ideológica atual de transformar a unidade familiar em solução para a racionalidade do modelo global, reprivatizando atividades no passado, tornadas públicas e trazendo a unidade doméstica – privada por definição – de volta à sociedade em geral” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 23).

passaram a contar com setor privado (mercantil e não mercantil, incluindo-se aí as famílias) como parceiro na execução das políticas sociais. O que acontece é a acentuação da “[...] presença de regimes “familistas” de proteção social na maioria dos países latino-americanos” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 24). Apesar destes países terem diferenças no grau que se apresenta o familismo, à medida que este se intensifica, traz à tona a questão sobre as esferas pública e a privada, assim como as questões de gênero envolvidas na divisão sexual do trabalho.

Para a compreensão breve dos lugares ocupados por mulheres e homens na divisão sexual do trabalho⁴⁵ resgata-se Marcondes (2013, p. 252):

A esfera pública – em que é travada a disputa entre capital e trabalho, tida como fundante do modo de produção capitalista – consagrou-se como um espaço masculino. Já a reprodução social da vida e o cuidado, ao revés, ficaram adstritos à esfera doméstica, abarcando atividades tão essenciais para a vida humana quanto invisíveis, o que lhes confere a qualidade de um “não trabalho”; um atributo natural das mulheres, que se manifesta pelo exercício das regulares atribuições enquanto esposa e mãe, decorrentes do amor e do carinho femininos (CARLOTO; GOMES, 2011). Não se tratam apenas de esferas separadas do ponto de vista dos atributos de gênero, mas a que se atribuem valores assimétricos, sendo a esfera pública e da dita produção hierarquicamente superior à doméstica e de reprodução social.

Desta forma, é possível apontar que o dever de dar respostas às determinadas necessidades que diziam respeito à esfera doméstica foi delegado a um sujeito particular, as mulheres. Assim sendo, constata-se uma diferença de valoração no que concerne à determinadas atividades, sendo mais ou menos reconhecidas socialmente de acordo com a esfera à qual estão ligadas e ao sujeito que as tem como responsabilidade, tendo maior ou menor visibilidade e reconhecimento social à medida que se aproxima da esfera pública assim como da figura masculina. Dentre as atividades que se desenvolvem no âmbito privado e, portanto, designadas como femininas, encontra-se o cuidado.

O cuidado aqui é entendido inserido na divisão sexual do trabalho, como prática social que “[...] tem como objetivo atender às necessidades humanas concretas, mas também emocionais e psicológicas, pressupondo a interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado, em uma relação de interdependência” (MARCONDES, 2013, p. 258).

⁴⁵ “Na antiga economia doméstica comunista que abrangia numerosos casais com seus filhos, a direção do lar confiada às mulheres era uma indústria tão pública, tão socialmente necessária quanto a obtenção de alimentos, de que estavam encarregados os homens. Essa situação se alterou com a família patriarcal e ainda mais com a família monogâmica. A administração do lar perdeu o seu caráter público. A sociedade já nada mais tinha a ver com ela. A administração do lar se transformou em serviço privado. A mulher se converteu na primeira criada e foi afastada da participação na produção social” (ENGELS, 1978, p. 94).

Segundo Marcondes (2013, p. 263) o cuidado está inserido na divisão sexual do trabalho devido à “relação de poder que combina a separação e hierarquização dos papéis de gênero”. Portanto, pressupõe valoração das atividades, ou melhor, diferenças do reconhecimento social das mesmas. É na associação ao ambiente doméstico que o cuidado é desvalorizado, ligado às emoções e necessidades, uma vez que o padrão de conduta valoriza aquilo que está próximo à racionalidade e da objetividade (MARCONDES, 2013). O contraditório está no fato de que ele envolve “[...] relação de interdependência e não de autonomia, porque essa relação envolve pessoas emaranhadas em redes de interesse e comprometidas com o atendimento das necessidades de outras pessoas ao seu redor” (MARCONDES, 2013, p. 262-263).

Portanto, público e privado se complementam: o trabalho extradoméstico só consegue dar conta das suas atividades à medida que alguém (a mulher) realiza o trabalho doméstico por criar as condições necessárias à manutenção da mão-de-obra, nesse sentido, o trabalho assalariado não existiria.

Desse padrão social para a provisão do cuidado decorrem os paradoxos da divisão sexual do trabalho: o cuidado, trabalho essencial para a sustentabilidade da vida humana, é desvalorizado; quem o realiza, exercendo uma atividade central para a sobrevivência humana, é estigmatizado por cuidar; e a população masculina, a quem os esforços sociais de atendimento das necessidades concretas são prioritariamente voltados, é completamente dependente, ainda que a ela se associe o atributo da independência (CARRASCO, 2001). Da convergência desses paradoxos decorre a principal relação de poder que marca o padrão de provisão social do cuidado em nossa sociedade: quem mais tem poder é quem não cuida, embora o cuidado poderia ser, enquanto prática, formulado como fonte de poder e de valor (MARCONDES, 2013, p. 263).

As mudanças ocorridas no modo de produção capitalista, ao atingirem o mercado de trabalho e o Estado, também acabam por provocar mudanças nas configurações familiares que, de acordo com a conjuntura, transformam ou adquirem novas configurações assim como desenvolvem outras estratégias de cuidado e proteção que esbarram novamente nas questões de gênero. E, com as transformações advindas da inserção de mulheres em grande escala no mercado de trabalho acirrou-se e deu-se mais visibilidade às diferenças entre os papéis designados às mulheres e aos homens, bem como, evidenciou-se a relação e a contradição entre o cuidado e a produção capitalista (MARCONDES, 2013)⁴⁶.

⁴⁶ Partindo dessa compreensão, estudos sobre o cuidado foram desenvolvidos com ênfase na discussão sobre a divisão sexual do trabalho. “Foi especialmente na França, na década de 1970, que os estudos sobre a divisão sexual do trabalho desenvolveram-se, a partir do questionamento da categoria “trabalho”, por não abarcar o trabalho doméstico e de reprodução social, o que levou suas teóricas a debruçarem-se sobre a articulação entre as ditas esferas produtivas e reprodutivas” (MARCONDES, 2013, p. 254).

Com os processos desiguais que ocorreram a partir dos anos 1990, empregos “masculinos” e “femininos” foram afetados significativamente a nível mundial, de um lado, o emprego “masculino” estagnou-se, e de outro, elevou-se o número de postos de trabalho ocupados por mulheres tanto nas áreas formais quanto nas informais⁴⁷ (HIRATA, 2001). Porém, segundo Hirata (2001), esta inserção feminina se deu em postos de trabalho mais vulneráveis e precarizados e apesar do aumento do emprego remunerado, “Pode-se dizer que as desigualdades de salários, de condições de trabalho e de saúde não diminuíram, e que a divisão do trabalho doméstico não se modificou substancialmente” (HIRATA, 2001, p. 144); e ainda que a divisão sexual do trabalho doméstico manteve-se intacta, ou seja, apesar da incorporação de elevado número de mulheres ao mercado de trabalho estas mantiveram consigo a responsabilidade por desempenhar as tarefas domésticas⁴⁸.

Efetivamente, nem mesmo nos países escandinavos, onde existem políticas sociais mais desenvolvidas e onde, particularmente na Suécia, o Estado de Bem-Estar se autodenominou “amigo da mulher” (*woman-friendly*) (Borchorst, 1991), elas usufruem as mesmas oportunidades que os homens. Apesar de lá as taxas de alfabetização serem semelhantes a ambos os sexos, o nível de escolaridade feminina ser alto e a esperança de vida das mulheres ser cerca de sete anos mais elevada que a dos homens, o seu salário é de aproximadamente $\frac{3}{4}$ do salário masculino (RDH/Pnud, 1995) (PEREIRA-PEREIRA, 2006a, p. 78).

Diante de tais dados, observa-se que sob o ideário neoliberal, a necessidade de conciliação entre trabalho extra-doméstico e família pelas mulheres, somada à reduzida responsabilização do Estado e do mercado à provisão das atividades de cuidado, produziu-se uma carência no cuidado.

⁴⁷ “A participação das mulheres no mercado de trabalho vem crescendo no Brasil nos últimos anos. Segundo o IPEA (2008), se, em 1996, 46% da população feminina estava ocupada ou à procura de emprego, esta proporção sobe para 52,6% em 2006, mas ainda de forma significativamente inferior à participação dos homens, que atingiu 72,9% neste mesmo ano. Esse quadro diminui o número de mulheres dedicadas em tempo integral às atividades familiares, bem como a carga horária semanal de trabalhos domésticos, mas não tem eliminado o grande tempo de ocupação das mulheres nestas atividades, mesmo trabalhando fora do lar, e assim caracterizando a dupla jornada de trabalho para as mulheres (entre as ocupadas, 92% declararam cuidar dos afazeres domésticos)” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 25).

⁴⁸ “Quando consideramos o trabalho doméstico, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009 apontam que as mulheres despendem mais que o dobro de horas semanais em cuidados com a casa e os filhos. Em geral, as mulheres gastam 26,6 horas semanais com afazeres domésticos contra 10,5 horas dos homens (IPEIA, 2012A). Assim, a carga horária total de trabalho é superior à dos homens: as mulheres trabalham 57 horas por semana, enquanto os homens trabalham 53 horas (IPEIA, 2012A)” (MARTINS & MELO, 2013, p. 168).

Assim, percebe-se que mesmo em contextos favoráveis, a desigualdade entre homens e mulheres se faz presente, tanto a nível econômico, quanto na distribuição de tarefas, mostrando ser este um problema estrutural; e, mesmo que seja um Estado de bem-estar social⁴⁹, continua a sobreviver das diferenças forjando hierarquias e concentrando poder apenas naqueles aos quais está a serviço com vistas à exploração de sujeitas para a realização do lucro.

Carvalho (2010) destaca que se pode observar nos últimos anos em políticas como a de saúde e a de assistência social, ambas integrantes da seguridade social, ênfase na construção de projetos e processos pensados em “parceria” com a família. Nesse sentido, o atendimento das necessidades sociais, que deveriam ser realizadas via políticas sociais se apresentam hoje como responsabilidades partilhadas entre Estado, família e sociedade.

Assim, atualmente observa-se que na política social as famílias estabelecem uma dinâmica bem similar à do Estado e da sociedade, seja fundamentada na relação dos direitos sociais, políticos e civis – que demandam ao Estado uma postura mais interventiva e desafia a construção de novas políticas e programas -, seja ancorada no campo das relações sociais pautadas na solidariedade e/ou ações beneficentes das organizações não governamentais (ONGs) (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013, p. 147).

Nesse sentido, segundo Miotto (2010), autoras feministas apontam uma preocupação com a retomada da família como central às políticas sociais, uma vez que em seus estudos têm verificado que “a política social tende a reforçar desigualdades e hierarquias culturalmente consolidadas, particularmente a de gênero” (MIOTTO, 2010, p. 53). Tal fato pode ser explicado a partir de uma compreensão equivocada de formuladores e implementadores das políticas sociais, os quais compreendem as categorias gênero, raça e classe dissociadas, e que acabam por emergir nos planos, programas e políticas ocasionalmente a depender de critérios pessoais (BANDEIRA & ALMEIDA, 2013).

Tais políticas, em geral, acabam por restringir a mudança das formas sociais estruturais, uma vez que reforçam a ideologia patriarcal. Por não terem clareza desses pressupostos, os/as agentes públicos/as tratam, por exemplo, a violência contra a mulher nela mesma, e não nos padrões de comportamento entre os sexos, o que acaba reduzindo as possibilidades de sua superação (BANDEIRA & ALMEIDA, 2013, p. 38).

Ou seja, tais políticas voltadas para as famílias não atuam no cerne das questões, nem se mostram capazes de desconstrução de estruturas desiguais de poder, pelo contrário,

⁴⁹ “A família é então apontada como “parceira explícita do Welfare State” por Balbo e Saraceno (1994 apud CAMPOS; MIOTTO, 2003, p. 169, SARACENO, 1992). Na verdade, a família nunca deixou de ser uma unidade, produtora e provedora de serviços, devido, em grande parte, ao trabalho da mulher, no âmbito doméstico” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 23).

contribuem para a naturalização das desigualdades sociais⁵⁰, reafirmando o lugar das mulheres na vida privada e reprodutiva, em consequente, sua subalternização na vida pública e ausência nos espaços de poder (BANDEIRA & ALMEIDA, 2013).

Nessa direção, Mercedes Jabardo (2012), em referência às ideias de Carol Stack, problematiza as políticas de transferência de renda uma vez que, para ela, serviriam para estigmatizar mulheres negras, chefes de famílias monoparentais, ao serem tidas como suas principais receptoras do que chama de “salário social”, tais mulheres seriam vistas no imaginário social como:

[...] alguien con poco interes en acceder y mantener un puesto de trabajo y que, en cambio, tiene embarazos seguidos con el fin de conseguir más dinero de las arcas del Estado [...] incapaz de socializar a sus hijos en los valores cívicos y de imponerles patrones normativos para que valoren y acepten la ética del trabajo, lo cual termina perpetuando la situación de pobreza a la que parece abocada toda la familia. Es decir, se responsabiliza de la situación crónica de pobreza en los márgenes internos del gueto negro a los individuos que lo sufren, y a las propias mujeres (JABARDO, 2012, p. 43-44).

E, neste sentido, toda a construção deste estereótipo culminaria na responsabilização destas mulheres por sua própria situação de pobreza, bem como a das suas filhas e filhos, em vez de contribuir para a desconstrução das desigualdades de gênero e uma crítica mais aprofundada sobre a pobreza e as relações sociais em sua totalidade.

Ainda acerca das estratégias de proteção e cuidado, Stamm & Miotto (2003) resgatam as ideias de Elsen (2002): a autora recorre à denominação deste como cuidado familiar, para o qual é indispensável levar em consideração as famílias em seu ambiente sociocultural e que estas, em interação social compartilha saberes.

Atendiendo a las voces de las mujeres negras luchando por criar a sus hijos en el gueto, Stack mostró que las conductas que la sociedad dominante condenaba como patológicas eran realmente estrategias de las propias mujeres para mantener la cohesión y satisfacer sus necesidades económicas (JABARDO, 2012, p. 44).

Destaca-se também a importância da rede de suporte social, ou seja, amigos, vizinhos e parentes como sujeitos relevantes no cuidado familiar. “A solidariedade dos vizinhos, a ajuda dos amigos nos momentos de crise, ou mesmo no dia-a-dia da vida familiar, representa

⁵⁰ “No geral, pode-se dizer que em todos os países latino-americanos, há uma grande parte da população desprotegida pelo Estado e sem acesso ao mercado. Nesses casos, o trabalho feminino não remunerado, e em tempo integral, realiza uma importante contribuição de bem-estar. Mesmo nos países de maior proteção estatal, 51,55% das mulheres dedicam-se integralmente ao trabalho não remunerado, situação que se torna mais grave nas famílias com filhos menores de idade, que nesses países chega a 24,46% (FRANZONI, 2008)” (CAMPOS & TEIXEIRA, 2010, p. 25).

um cuidado importante” (STAMM & MIOTO, 2003, p. 165). Portanto, “Elsen (2002, p. 15), define o cuidado familiar a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvimento ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade” (STAMM & MIOTO, 2003, p. 164).

No que diz respeito à política de saúde no Brasil:

A família sempre foi um elemento central no desenvolvimento do bem-estar, porém, na presente época, vem sendo ainda mais enfatizada e explicitamente requerida para assumir a função de parceira do sistema de saúde. Foi possível observar esse cenário a partir da valorização, pelo Banco Mundial, do papel da família na preservação da saúde, em âmbito doméstico, e no cuidado dos doentes. Nos anos de 1990, a família foi oficialmente referenciada na política de saúde, principalmente através do Programa de Saúde da Família. A partir de então, a política de saúde passou a incorporar os dispositivos e as diretrizes oficiais que faziam menção à família, explicitavam o processo do cuidado e foram sendo incorporadas pelos serviços de saúde, incidindo, conseqüentemente, sobre a organização e provisão do cuidado em saúde (BARCELOS, 2011, p. 48).

Nesse sentido, é predominante o entendimento das famílias como principais responsáveis pelos cuidados no processo saúde-doença não mais vistas apenas como substituição de serviços quando ausentes:

No entanto, nem sempre essa participação é relacionada à deficiência do serviço. Em internações hospitalares, teoricamente, o serviço assume a responsabilidade de cuidar do usuário enquanto for necessária a internação. Contudo, observa-se cada vez mais a requisição do trabalho da família, quer seja para assisti-lo à noite, para alimentá-lo ou para trocar fraldas, e com isso, aumenta a exigência de cuidados cada vez mais sofisticados. Assim, o que se verifica é a requisição de uma presença articulada e inteligente das famílias nos serviços (BARCELOS, 2011, p. 56).

Barcelos (2011, p. 47) nos informa ainda que não só a forma como a política de saúde se configura e ganha materialidade no âmbito do SUS contribui para esse processo, como também a existência de um movimento nas agências internacionais “que começam a valorizar o papel da família na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes”.

A família, ao assumir as ações de cuidado no interior dos serviços relacionados com o bem-estar primário dos usuários, exerce esta função calcada em sua origem, cultura, em seus valores, em suas práticas e crenças. Essa diversificação de saberes pode promover embates entre familiares e profissionais de saúde no âmbito dos serviços, que é o lócus desse processo (BARCELOS, 2011, p. 50).

Portanto, falar sobre relações familiares brasileiras e estratégias de cuidado familiar é dar lugar ao debate da naturalização de papéis sociais, e mais, é tensionar a invisibilidade da importância das mulheres negras no desempenho destas funções da unidade doméstica, assim

como as tendências atuais de desresponsabilização estatal em tempos de retração do Estado nas políticas sociais.

Diante dessa perspectiva, é imprescindível levar em conta que a experiência em família é ampla e particular e tentar compreendê-la, no Brasil ou no mundo, é realizar um resgate histórico dos territórios e classes sociais em que estão inseridas, revelando suas contradições e relações de opressão e exploração.

A partir dessas reflexões é possível pensar que as respostas às demandas das famílias por meio do Estado só serão efetivas quando forem pensadas contextualizadas, pensando as políticas macroeconômicas e os valores históricos que giram em torno desta instituição. Assim, as políticas públicas devem também ser pensadas a partir das estratégias de cuidado e experiências das famílias que são seu público-alvo, e ainda, problematizar as estruturas de dominação e de poder para romper com estigmas e preconceitos, evidenciando debates sobre raça, gênero, classe.

Desta forma, para a análise da configuração do atual sistema de assistência à saúde mental entender como se dão as relações entre as famílias e o Estado, bem como as concepções que carregam as legislações é fundamental à compreensão do nível de proteção ou desproteção das sujeitas envolvidas em sofrimento mental e também daquelas envolvidas com o seu cuidado.

CAPÍTULO III

TENDÊNCIA À RESPONSABILIZAÇÃO DE FAMÍLIAS NO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NO CONTEXTO DE DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO:
Uma análise das legislações brasileiras

3. 1 Sobre os procedimentos metodológicos

Inicialmente o projeto de pesquisa tinha o nome “A tendência à responsabilização das famílias no cuidado com os egressos da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio Feminino do Distrito Federal no contexto de desresponsabilização do Estado” e foi pensado com o intuito de realizar um estudo de caso⁵¹ sobre uma realidade particular do Distrito Federal por meio de realização de entrevistas com famílias e trabalhadores da instituição. No entanto, sua viabilidade foi comprometida após um período de greve dos funcionários do Judiciário, o que atrasou a autorização da realização da pesquisa, e a morosidade do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/IH em analisar e responder a solicitação da realização da pesquisa.

Diante do tempo e da necessidade de realização do trabalho para conclusão do curso e de acordo com as normas para realização de pesquisas em saúde como seres humanos, não foi possível a realização de entrevistas, uma vez que após mais de cinco meses não foi obtido nenhum parecer do CEP. Tal fato culminou na adaptação do projeto inicial e redesenho metodológico, além de perdas no levantamento bibliográfico, porém, a temática da pesquisa e a inquietação original foram mantidas: a responsabilização das famílias nos cuidados em saúde mental no contexto de desresponsabilização estatal.

Este projeto de pesquisa adotou metodologia de natureza qualitativa por que permite que a pesquisadora compreenda as complexidades da realidade social de forma mais aprofundada.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO & SANCHES, 1993, p. 244).

Foi utilizada como metodologia a pesquisa documental. Segundo Almeida *et al* (2009, p.06) é muito próxima à pesquisa bibliográfica, no entanto, se diferenciam uma vez que a pesquisa bibliográfica “remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias” e a pesquisa documental “recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico”. Neste sentido, as autoras atentam para o fato de que tal pesquisa exige cuidado ainda maior com as informações coletadas, uma vez que

⁵¹ Segundo Godoy (1995, p. 25), o “estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular.” e tem por objetivo “proporcionar vivência da realidade por meio da discussão, análise e tentativa de solução de um problema extraído da vida real”.

não passaram por nenhuma análise de outras estudiosas anteriormente, cabendo à pesquisadora que analisá-las.

Diante do objeto e dos objetivos deste estudo, justifica-se a escolha de tal metodologia de pesquisa uma vez que tem legislações como sua principal fonte de pesquisa; propondo-se a investigar de que forma a família aparece nessas que dispõem sobre a política de saúde mental no Brasil.

Este estudo foi desenvolvido em etapas:

1. Estudo exploratório constituído por levantamento bibliográfico com o objetivo de conhecer mais aprofundadamente o assunto pesquisado por meio de produções acadêmicas acerca do tema pesquisado, bem como de temáticas afins, como gênero, por exemplo. Esse tipo de estudo, a partir do levantamento bibliográfico, “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses.” (CÓRDOVA & SILVEIRA, 2009, p. 35).

O levantamento bibliográfico foi feito por meio de bibliotecas virtuais e físicas. Para tanto, foram utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online - *Scielo*, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES Periódicos, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Google Acadêmico e Pergamum - BCE/UnB, bem como governamentais, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Para o levantamento bibliográfico foram eleitas as palavras-chave: política de saúde; saúde mental; família; loucura; e, gênero.

Utilizou-se para o estudo, produções acadêmicas, como artigos publicados em revistas científicas, dissertações de mestrado, teses de doutorado, etc., encontrados nessas bases de dados e produções técnicas como a Nota Técnica do IPEA sobre o gasto social do Governo Federal que faz um resgate histórico dos gastos do governo federal com a política de saúde.

Buscou-se, ainda, produções que se dedicam aos aspectos metodológicos da pesquisa social, a partir das quais, foram elencadas a metodologia e os instrumentos mais adequados aos objetivos deste estudo.

2. Realização de levantamento documental: para o levantamento documental foi estabelecido um recorte temporal: ano de 1990 à 2014. Este recorte foi escolhido, uma vez que é no ano de 1990 em que é promulgada a lei 8.080, a qual dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no SUS, e 2014, ano anterior à finalização da pesquisa.

O levantamento documental foi realizado no site do Ministério da Saúde, para o período entre 1990 e 2010, recorreu-se às publicações “Legislação em saúde mental: 1990-

2004” (BRASIL, 2004) e “Legislação em saúde mental: 2004 à 2010” (BRASIL, 2010) que são compilações feitas pelo próprio ministério das peças normativas sobre a legislação no campo da saúde mental. Estas publicações contêm: todas as Leis Federais deste campo; Portarias, Decretos e Portarias Interministeriais do Ministério da Saúde; Declarações, Recomendações ou Resoluções de Órgãos Colegiados, como o Conselho Nacional de Saúde. Neste sentido, destaca-se a compreensão do ministério sobre a finalidade e funcionalidade de cada documento:

Para um melhor aproveitamento deste material, lembramos que leis são, regra geral, da competência do Poder Legislativo e são sancionadas pelos chefes dos poderes executivos - Presidente da República, Governador(a) de Estado, Prefeito(a). Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades públicas editam instruções sobre a organização e normas de execução de serviços. Resoluções, deliberações e recomendações são diretrizes ou regulamentos adotados por uma assembleia de caráter deliberativo (BRASIL, 2010, p. 05)

No que diz respeito aos anos entre 2011 à 2014, como não havia publicação do Ministério da Saúde com as normativas deste período, foram analisadas as encontradas no site individualmente e por ano de publicação.

No total, foram contabilizados 128 documentos: 9 legislações federais (leis e decretos); 108 portarias (Gabinete do Ministro/ Interministeriais/Secretaria de Saúde); 04 recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil; 03 Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde; 03 Resoluções Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; e, 01 do Conselho Nacional de Justiça.

Ressalta-se que neste levantamento não foram consideradas as leis estaduais, optando-se por aquelas que têm efeitos sobre todo o território nacional, assim como não foram utilizados comentários e os anexos de nenhuma das legislações para efeitos de análise e contabilidade.

3. Sistematização e análise dos dados

Para coleta e sistematização dos dados, todos os documentos foram baixados e salvos em arquivo pdf, o que permitiu a busca por meio da tecla de atalho “ctrl+f”; esta tecnologia abre um campo de digitação no arquivo para que seja inserida uma palavra-chave, com a qual realiza uma varredura em todo o documento, localizando no texto todas as ocorrências existentes. Como as normativas já tinham o recorte da saúde mental, a palavra eleita para a varredura foi “família”. Em seguida, foi feita uma tabela simples em documento no Word como o nome, ano, trecho e número de ocorrências nas legislações que constavam a palavra

família. Tal procedimento foi realizado com o intuito de permitir a verificação da frequência em que a família é resgatada nas normativas, bem como, ao serem lidos e analisados os trechos e investigado o caráter do documento nos quais aparecem, compreender os sentidos, expectativas e percepções que carrega o conceito.

Ao fim, foram analisadas as ocorrências da palavra família, destacando em que se assemelhavam e/ou destoavam, procurando apontar tendências mais comuns, bem como as mais inéditas. Neste sentido, as produções acadêmicas sobre o tema foram retomadas para que pudessem clarear os dados encontrados e embasar as análises e problematizações sobre as informações.

3.2 Sobre Procedimentos Éticos

Inicialmente como o projeto de pesquisa previa realização de entrevistas foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para aprovação, entretanto, não foi obtida resposta e optou-se por utilizar a pesquisa documental como metodologia, a qual não envolveria terceiros pessoas, não implicando em risco considerável à vida humana.

Desta forma, o trabalho foi escrito - contendo a revisão de literatura, os resultados alcançados, as discussões e conclusões do estudo - e este será submetido à banca examinadora como parte do processo de conclusão do curso de Serviço Social.

3.3 Os resultados obtidos e as análises realizadas

Para realização do levantamento utilizou-se duas publicações do Ministério de Saúde (BRASIL, 2004; 2010) que são compilações das legislações em saúde mental no Brasil; a primeira, referente aos anos de 1990 2004 e a segunda, aos anos de 2004 à 2010; para os anos de 2011 à 2014, como não havia uma publicação do Ministério que abarcasse esse período, buscou-se as legislações constantes no site do próprio Ministério da Saúde.

No total, foram contabilizados 128 documentos, dos quais 33 apresentaram em seu texto a palavra “família”, registrada 142 vezes. Mapeou-se um universo de 9 legislações federais referentes à saúde mental (cinco leis e quatro decretos); dentre as leis, 3 são do período de 1990 à 2003, e 2 do período de 2004 à 2010, nenhuma referente ao período de

2011 à 2014. Destas legislações federais, em 3 leis e em um decreto foi encontrada a palavra “família”, somando 20 ocorrências.

Acerca das portarias (Gabinete do Ministro/ Interministeriais/Secretaria de Saúde), foram mapeadas 108 portarias dentre os anos de 1990 à 2014, quase metade eram do período entre 2004 à 2010; a palavra “família” foi verificada em 22 das portarias e apareceu 109 vezes no total. Nove vezes em três de quatro recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, recomendações essas que somente foram publicadas na edição que constava os anos de 1990 à 2004. Nas resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e Conselho Nacional de Justiça que constam no caderno referente aos anos de 1990-2004 a palavra família não foi registrada em nenhuma resolução. Nas duas resoluções e única recomendação do Conselho Nacional de Saúde, foi registrada a ocorrência da palavra “família” quatro vezes.

Das ocorrências da palavra família, 29 faziam referência direta (programa/estratégia de saúde da família) ou indireta (equipes de saúde da família⁵²) à Estratégia/Programa de Saúde da Família⁵³ e 13 aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família⁵⁴ (NASF) sobre a atenção às pessoas em transtorno mental, ou seja, quase um terço do total de ocorrências. Para a análise, essas ocorrências foram descartadas, uma vez que ditavam regras sobre o funcionamento, composição de equipe e recursos orçamentários para a Estratégia de Saúde da Família, bem como para os NASF. Desta forma, restaram 100 registros que faziam referência à família enquanto grupo social parte do processo de cuidado em saúde mental.

Paulo Amarante (2007) explica a importância da Estratégia de Saúde da Família⁵⁵ para o campo da saúde mental a partir da inauguração de um novo modelo de atenção à saúde em fins dos anos oitenta. Segundo o autor, para a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária

⁵² “O PSF funciona por meio de equipes de saúde da família – compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde – e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal, que já eram 17.807 em 2009. As equipes de saúde da família trabalham em unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias para cada Estratégia Saúde da Família (ESF)” (PAIM *et al*, 2011, p. 22).

⁵³ “Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas” (PAIM *et al*, 2011, p. 21-22).

⁵⁴ “Para abordar semelhantes problemas, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, o governo lançou, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais equipes multiprofissionais se associam ao PSF para expandir a cobertura e o escopo da atenção básica e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais” (PAIM *et al*, 2011, p. 23).

⁵⁵ É com o objetivo de oferecer suporte a tais equipes que em 2008 foram criados os NASF.

brasileiras a desmedicalização⁵⁶, tal qual a desinstitucionalização, é uma questão fundamental, uma vez que propõe que os problemas sociais não sejam lidos meramente como questões médico-sanitárias e levem em consideração outros determinantes à saúde e outros recursos terapêuticos. Sendo assim, as demandas que cheguem quer na saúde em geral, quer na saúde mental, especificamente, com o reforço da Estratégia de Saúde da Família possam ser resolvidas no nível da atenção básica, dispensando especialistas e recursos mais complexos. No entanto, Amarante (2007) também atenta para o fato de que nesses níveis de atenção mais básicos, quando diz respeito à saúde mental, exige-se maior complexidade nas ações, por terem que envolver muitos atores como a família e vizinhos, além de situações de crise.

Na concepção de Lancetti (2006), é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização. Para tanto, as equipes de saúde da família devem ser bem treinadas na concepção mais geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, entendendo ambas como processos sociais complexos que visam tanto à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da saúde e à construção de consciência sanitária nas comunidades. (AMARANTE, 2007, p. 98)

Desta forma, o autor argumenta que as equipes de saúde da família, ao contarem com o apoio das profissionais da saúde mental no atendimento aos casos ainda no âmbito da saúde básica, têm a potencialidade de materializar essa nova concepção de saúde não mais centrada na doença como foco de sua ação, que entende a saúde mental como um processo social que envolve diversos atores (AMARANTE, 2007).

Na análise dos documentos percebeu-se que na proposição de serviços voltados ao atendimento das usuárias em sofrimento mental há grande preocupação com o reestabelecimento de vínculos e laços familiares que possibilite acolhimento, integração e inserção social para suporte e cuidado dessas pessoas. O que, no âmbito dos CAPS, pode ser observado na portaria do Ministério da Saúde para regulamentação deste serviço - Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002 - e na Portaria n.º 1174 de 7 de julho de 2005 do Ministério da Saúde para regulamentação sobre incentivos financeiros (BRASIL, 2004; 2010).

Entretanto, a convivência familiar foi descrita como um direito poucas vezes, predominando a concepção deste como responsabilidade e obrigatoriedade (exemplo: Portaria

⁵⁶ Sobre medicalização Paulo Amarante (2007, p. 97) faz o seguinte resgate: “Na tradição inspirada em Michel Foucault (1977a) e Ivan Illich (1975), medicalização diz respeito à apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica, ou predominantemente médica. Ou seja, diz respeito à possibilidade de tornar ‘médico’ aquilo que é da ordem do social ou econômico ou político, como por exemplo, uma situação de violência social na qual as pessoas que são objeto da violência são medicalizadas. Em outras palavras, o termo está relacionado à possibilidade de fazer com que pessoas sintam que seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após perda de um familiar que, ao ser ‘medicalizada’, torna-se uma ‘depressão’; e a pessoa, um ‘paciente deprimido’.

nº 121, de 25 de janeiro de 2012); tal fato mostra que a preocupação do Estado no resgate e/ou fortalecimento de vínculos familiares é muito mais apelativa no sentido de evocar às famílias suas responsabilidades com os membros em sofrimento mental do que garantir a essas pessoas que possam, caso queiram, ter suas relações familiares asseguradas.

Na regulação desses serviços de atenção psicossocial a família aparece também como modalidade de atendimento, técnicas e atividades na assistência à saúde mental como, por exemplo, terapia familiar, orientação familiar, famílias de acolhimento; o que mostra todo um arcabouço teórico que se orienta para o estudo das famílias e o desenvolvimento de técnicas – terapêuticas, pedagógicas, sociais – apostando fortemente nesta instituição para o sucesso das intervenções e tratamentos em saúde mental. Tal fato pode ser elucidado pela conclusão que chegam Monteiro & Nogueira (2013, p. 147. grifos das autoras) ao refletirem sobre o lugar que a família adquiriu nas políticas sociais argumentando que ela adquiriu “*status* público na sociedade atual” e que, desta forma:

[...] observa-se que na política social as famílias estabelecem uma dinâmica bem similar à do Estado e da sociedade, seja fundamentada na relação dos direitos sociais, políticos e civis – que demandam do Estado uma postura mais interventiva e desafia a construção de novas políticas e programas -, seja ancorada no campo das relações sociais pautadas na solidariedade e/ou ações beneficentes das organizações não governamentais (ONGs).

Observou-se também a previsão de atendimentos para famílias e usuárias com o caráter mais informativo, no sentido de oferecer informações, prestar assistência e dar orientações, como no caso de Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992), qual define: “d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento” (BRASIL, 2004). A prestação de informações às famílias é fundamental e pode contribuir para a autonomia de seus membros ao tomarem decisões com base no conhecimento dos seus direitos e das alternativas e serviços existentes, além de que tem o potencial de contribuir para a desmistificação de muitos preconceitos que envolvem o campo da saúde mental. Desta forma, o momento que as usuárias e suas famílias recebem ou buscam orientações é muito importante para garantir tanto os seus direitos quanto evitar desencontros e demora na hora de procurar os serviços mais adequados à sua realidade.

No entanto, esse processo de participação da família deve levar sempre em conta a necessidade de que:

Ouvidas adequadamente, as pessoas precisam ser orientadas e, na medida do possível, devem ser envolvidas nas soluções, encaminhamentos e tratamentos construídos de comum acordo, sempre procurando evitar que a

pessoa levada para o atendimento seja alijada do processo (AMARANTE, 2007, p. 85).

Nas legislações observadas, os serviços de atendimento às famílias apareceram atrelados tanto às unidades de saúde como no caso, quanto de órgãos da competência do sistema sociojurídico, o que pode ser observado no Artigo 11 da Portaria do Ministério do Ministério da Saúde (Portaria n.º 2.391, de 26 de dezembro de 2002).

Definir que o Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito. (BRASIL, 2004)

Neste sentido, é fundamental que os órgãos dos diversos setores estabeleçam diálogo e troquem informações sobre os casos que atendem para garantir a potencialidade de suas ações e oferecer soluções diferentes daquelas que as famílias já buscaram em outras instituições, não tendo que passar pelos mesmos processos que já recorreram. Uma boa relação intersetorial também é imprescindível levando em conta que a saúde mental, ao ser entendida como um processo social, não depende somente da política de saúde, tendo suas usuárias e famílias outras tantas demandas que são fatores determinantes ao sofrimento mental e aos cuidados que esbarram em outras políticas. Assim sendo, a possibilidade da necessidade da realização de encaminhamentos se faz presente e quanto mais próxima a relação e comunicação entre as políticas, maior são as chances do atendimento das demandas.

Desta forma, observa-se que em muitas legislações a família aparece como alvo de atendimentos por ser entendida como parte fundamental do processo de recuperação e cuidado em saúde mental; sendo apontada na construção de projetos institucionais e planos terapêuticos individuais em uma série de documentos analisados (Exemplos: Portaria SAS n.º 147, de 25 de agosto de 1994; Portaria GM n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria GM n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Portaria GM n.º 121, de 25 de janeiro de 2012; Portaria GM n.º 130, de 26 de janeiro de 2012; Portaria GM n.º 94, de 14 de janeiro de 2014).

Foram encontradas perspectivas que atribuíam maior “sucesso aos tratamentos” nos casos em que as usuárias contavam com o apoio das famílias, como no caso da Recomendação 02 de 2005 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, acerca dos CAPSi⁵⁷: “Os CAPSi são fundamentais na atenção à saúde dessa população específica, sem

⁵⁷ Modalidade de Centro de Atenção Psicossocial voltado para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento mental.

afastá-la de seu ambiente doméstico e familiar, o que aponta para a possibilidade de maior sucesso nos tratamentos instituídos” (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, resgata-se contribuição de Paulo Amarante (2007, p. 63):

O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo. Esta é a proposta de Franco Rotelli, sucessor de Basaglia e uma das mais importantes expressões da reforma italiana.

O autor coloca, então, que a psiquiatria ao passar por um processo de questionamento do *status* de neutralidade e autonomia em que se colocava e de transformação no modelo de abordagem da “doença mental” como objeto natural e alheio às dimensões da vida social, passou a recuperar as sujeitas em seus contextos e experiências, o que ficou conhecido como “colocar a doença entre parêntesis” (AMARANTE, 2007). E, desta forma, é possível colocar em evidência as sujeitas imbricadas no processo, antes reduzidas às doenças e seus sintomas.

É nesse lugar que nos deparamos com a possibilidade da realização da integralidade.

Enfim, se com a doença entre parêntesis nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial” (AMARANTE, 2007, p. 69).

Desta forma, ao ser orientada por uma perspectiva integral, a atenção em saúde aponta para a necessidade de abertura para o diálogo com as sujeitas indo além das estruturas organizacionais hierarquizadas (MATTOS, 2004), entendendo as sujeitas em seus contextos para além do sofrimento mental. Nesse sentido, as ações profissionais não devem se reduzir à prevenção e ao controle das doenças, mas com a identificação das necessidades das pessoas usuárias dos serviços de forma mais ampla.

A família apareceu também como “poder familiar”, família como autoridade e responsável legal por seus membros a ser consultada em casos que a pessoa em sofrimento mental não puder ou não estiver em condições de responder por si, como em internações compulsórias, e também a ser avisada sobre acontecimentos inesperados, como em caso de internação a transferência, evasão, óbito, acidentes, etc. (ex.: Artigo 10, Lei 10.216 de 2012).

Assim, o que se percebe é que a comunidade e a família ainda são determinantes em algumas situações, como em processos de internação/desinternação, vinculando muitas dessas pessoas à necessidade de uma tutela sem fim. O que acaba por trazer questionamento sobre o quanto a mentalidade de legisladores e profissionais em saúde ainda está carregada de preconceitos e estigmas que atribuem periculosidade à loucura. Problematisa-se também que

alguns processos, como na internação/desinternação em que alternativas legais previstas para essas situações de não existência de vínculos familiares ou comunitários, como no caso dos serviços residenciais terapêuticos, apresentam uma realidade de baixa implantação. Dessa maneira, acaba-se por reforçar a ideia de responsabilização das famílias e ignoram-se as possibilidades de vivência independente e autônoma de pessoas em sofrimento mental que ficam à mercê da existência de alguém disposto a recebê-las.

A tônica da responsabilidade da família surge, por vezes, no discurso da coresponsabilidade, sujeitando-a a compartilhar obrigações em parceria com o Estado, ao lado de setores privados e usuárias. Como no caso da lei que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que traz em seu texto: “IV - o compartilhamento de responsabilidade e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias” (BRASIL, 2010). Ou mesmo quando evocada à participação na construção de planos terapêuticos esse viés de parceria permanece, o que pode ser ilustrado com o seguinte trecho da Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014 do Ministério da Saúde:

§ 3º Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de correponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede (BRASIL, 2014).

No entanto, essa lógica de substituição do cuidado institucional pelo domiciliar é falha, já que não levam em consideração as adversidades da realidade social. Dados apontam uma série de falhas e lacunas nas políticas sociais no que diz respeito ao apoio ao exercício do cuidado doméstico como, por exemplo, a escassez de serviços de atendimento domiciliar, a necessidade de maior amparo previdenciário e financeiro às cuidadoras e a insuficiência da política habitacional na garantia de uma infraestrutura adequada às casas para o recebimento e cuidado de sujeitas em sofrimento mental (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013, p. 152).

E, nesse sentido, é importante observar a análise de Monteiro & Nogueira (2013, p. 151) que:

Se por um lado essa proposta ressalta o valor da proximidade e do convívio com os familiares nesse momento singular, bem como a importância da participação da família nesse momento de cuidado, por outro, considerando-se a realidade brasileira – formada por um contingente de famílias empobrecidas economicamente –, sobrecarrega os membros da família em virtude da falta de suporte por parte do Estado para essa assistência em nível

domiciliar, como o *home care*. Além disso, não podemos desconsiderar que, dependendo da família, muitas vezes é este o *locus* das doenças, dos problemas sociais e até da ausência de cuidados, em todos os âmbitos da convivência familiar.

Ou seja, diante da diversidade de experiências familiares e de um processo de transformações em suas configurações, ao responsabilizar as famílias no cuidado com seus membros em sofrimento mental, desconsiderando a realidade social em que estão inseridas, corre-se o risco de sobrecarregar e culpabilizar os outros membros da família, por vezes, sujeitos também carentes de cuidados.

Embora o impacto das mudanças nas relações, padrões e concepções de família perpassem o cotidiano dos profissionais de saúde, sua compreensão ainda é atravessada pelas impressões e modelos internalizados e idealizados de família burguesa. Tal concepção pode provocar conflitos acerca do entendimento que compartilhamos de família a partir das nossas experiências e os modelos de famílias com as quais trabalhamos (MONTEIRO & NOGUEIRA, 2013, p. 154).

Retoma-se, assim, a discussão sobre divisão sexual do trabalho, realizada no segundo capítulo deste trabalho. A discussão apresentada mostrou que essa sujeita responsabilizada pelo cuidado possui gênero e raça marcados. Nesse sentido, as mulheres negras seriam as sujeitas às quais as funções de cuidado recairiam mais facilmente. Todavia, tais particularidades não foram percebidas nas legislações pesquisadas, mostrando invisibilização e naturalização do olhar dos legisladores sobre “papéis e funções de gênero” no que diz respeito ao cuidado em saúde mental.

Em uma das legislações a palavra abandono foi observada num trecho que versava sobre a situação de hospitalização de pessoas, o que mostra forte carga moral sobre as responsabilidades no cuidado: “3. a existência de um número expressivo de ‘pacientes-moradores’ em hospitais psiquiátricos, em situação de total abandono familiar” (Recomendação CNS n.º 008, de 8 de maio de 2003). Desta forma, a família se vê responsabilizada e é culpabilizada pela incapacidade do Estado em oferecer serviços alternativos aos seus cuidados suficientes, ao contrário do que se espera de um modelo amplo de proteção social, no qual o Estado serviria como principal provedor de cuidados às pessoas em sofrimento mental e não as famílias, na figura das mulheres negras.

A participação social das famílias em espaços de deliberação e debate coletivo por meio de associações, por exemplo, foi observada em alguns documentos como nas Resoluções n.º 93, de 2 de dezembro de 1993 e n.º 298, de 2 de dezembro 1999 do Conselho Nacional de Saúde para constituir sua Comissão de Saúde Mental e assessorar na formulação

de políticas na área de saúde mental, com representantes, bem como na Recomendação 04 de 2006 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil em uma de suas declarações: “15) Deverá ser incrementada a participação de familiares e responsáveis nos espaços de discussão coletiva sobre a política de saúde mental infante-juvenil” (BRASIL, 2010). Outra portaria do Ministério da Saúde que tem essa preocupação é a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, segundo a qual: “IX ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (BRASIL, 2011). Aparece também em portaria do Ministério da Saúde sobre a redefinição dos CAPS AD III (Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012) que coloca dentre as características do serviço: “IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras” (BRASIL, 2012).

Desta forma, respeita as deliberações que foram trazidas já na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, reconhecendo a importância do protagonismo destas sujeitas nos processos de decisão e no controle social da política. Nesse sentido, amplia as possibilidades de autonomia e de transformação ao nível dos valores que cercam a saúde mental, num movimento de construção de uma nova relação da sociedade com a loucura. Assim, Amarante (2007, p.73) aponta que:

A dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários).

O impacto tal qual os “danos” sobre a vida das famílias com membros em sofrimento mental foram pouco observados, sendo registrados na Portaria nº 1.190 de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde e na Portaria nº 2.542 de 22 de dezembro de 2005 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre criação de um grupo de trabalho para a prevenção ao suicídio. E, por consequência, poucas vezes a família foi apontada como “sujeito de cuidados e de proteção”, aparecendo na Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde, que redefine os CAPS AD III, e na portaria do Ministério da Saúde que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008):

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias (BRASIL, 2010).

No entanto, nas poucas vezes que foram apontadas, essas sujeitas não são apresentadas com um perfil diferenciado nas legislações, apesar das estatísticas e da literatura especializada demonstrarem marcado recorte de gênero e raça na população cuidadora. Desta forma, há invisibilização de quem são essas sujeitas e dos contextos mais ou menos vulneráveis em que estão inseridas, o que não abre espaço para que políticas específicas sejam pensadas e que a culpabilização dessas sujeitas em suas decisões de receber ou não membros em sofrimento mental sejam reforçadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a efervescência de diversos movimentos sociais no campo da saúde e da saúde mental em fins dos anos de 1970, início dos anos de 1980 culminou-se em processos de reforma nesses campos, que foram consolidados com a Constituição Federal de 1988. Tal fato, apoiado em transformações ao nível dos valores, inaugurou para as políticas sociais, como um todo, novos modelos de organização, funcionamento e financiamento. A saúde mental, por sua vez, enfrentou diversos desafios na implantação e consolidação dessa nova forma de pensar seus processos e sujeitas envolvidas. No entanto, muitos dos problemas enfrentados nessa transição e rompimento com práticas e saberes estabelecidos como tradicionais ainda persistem o que traz à tona problematizações e questionamentos quanto as legislações, serviços e programas adotados.

Nesse processo de mudança nos valores e nas políticas sociais, lutas no campo legislativo fizeram-se imprescindíveis, surgindo projetos de leis, decretos e portarias com o intuito de implantar serviços, orientar assistência e garantir direitos da população. Como tais documentos também são objeto de disputa política, são marcados por avanços, mas também pelo conservadorismo e, à medida que inauguram reformas importantes, trazem elementos de modelos anteriores. Desta forma, a análise das legislações no campo da saúde mental são relevantes para a compreensão da atual configuração do seu sistema de atenção, bem como para a detecção de entraves para a sua concretização.

Na análise realizada das legislações entre os anos de 1990 e 2014 foi observado que as famílias são apresentadas como sujeitas importantes nos processos psicossociais e que em muitas vezes acabam por ser as únicas responsabilizadas pelo cuidado com seus membros em sofrimento mental, uma vez que a realidade de serviços alternativos é de escassez. Ainda neste sentido, o Estado se apoia nas famílias como agentes parceiras para a realização de suas responsabilidades sociais, apresentando-a, junto a outras atoras da sociedade civil, como prestadora de cuidados e proteção às sujeitas.

Avanços foram observados como iniciativas que se preocupam com a realização da integralidade, ao levarem em consideração a participação das famílias e usuárias nos processos de construção de projetos terapêuticos, entendendo-as também como produtoras de saberes e capazes de construir em diálogo saídas satisfatórias aos problemas enfrentados.

Uma questão importante, mas pouco existente nos documentos foi a famílias como sujeitas que também carecem de cuidados e que também sofrem com o adoecimento de seus

membros. No entanto, nenhuma das legislações preocupou-se em resgatar as particularidades dessas famílias e das sujeitas que cuidam, permanecendo invisibilizadas, culpabilizadas, e, por vezes, estigmatizadas quanto às impossibilidades de responder às demandas de seus membros em sofrimento mental.

A participação e o controle social, apesar de poucas vezes, também foi apontada, fato importante para a contribuição da construção da autonomia e da democratização no acesso à política de saúde. Desta forma, cria-se um espaço de diálogo que permite a desconstrução de preconceitos que estão fortemente associados ao campo da saúde mental, assim como torna possível a proposição coletiva de soluções, com base nas experiências das usuárias, das famílias e dos saberes científicos das profissionais que atuam na área.

Nesse sentido, observou-se que, em menor ou maior escala, muitas das bandeiras de luta elencadas pelos movimentos de reforma em saúde estão presentes e sendo consolidadas por meio também dos textos legais, mas que muitas concepções conservadoras ainda estão presentes. No entanto, o posicionamento do Estado diante do modelo de proteção social que quer adotar é determinante para o caráter dos documentos e sua concretização e, à medida que responsabiliza-se pelos cuidados das pessoas em sofrimento mental, descarregando as famílias, torna-se mais protetivo nas garantias de direitos desta população que não fica refém das vontades e disponibilidades de outras sujeitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Fabrício Fontes de. **Desmercadorização e desfamiliarização do bem-estar na América Latina: uma breve análise dos sistemas de proteção social na região**. In: Neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/desmercadorizacao-e-desfamiliarizacao-do-bem-estar-na-america-latina.pdf>

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A Mudança do Paradigma Repressivo em Segurança Pública: reflexões criminológicas críticas em torno da proposta da 1º Conferência Nacional Brasileira de Segurança Pública**. In: Sequência (Florianópolis), n. 67, p. 335-356, dez. 2013.

BARCELOS, Mariana Silveira. **A incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir dos profissionais num hospital de alta complexidade**. [dissertação] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC: 2011.

BEHRING, Elaine Rosseti & BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**- 8 ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. **Os custos da crise para a política social**. In: Capitalismo em crise, política social e direitos/ Ivanete Boschetti [et al] (orgs.) – São Paulo: Cortez, p.64-84, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. **Políticas de desenvolvimento econômico e implicações para as políticas sociais**. In: SER social, Brasília, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/6ntuUAr82yw9j9Rs1490.pdf>>

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

BRASIL. Ministério da Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental - 2004 a 2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 11, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>

BRAVO, Maria Inês Souza & MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma**. In: Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Organizadoras Letícia Batista Silva e Adriana Ramos. Campinas, SP: Papel Social, 2013, p.19-48.

BUTLER. Judith. **El Marxismo y lo Meramente Cultural**. New Left Review N 2 Mayo-Junio, 2000, p.109-121.

CAMPOS, Marta Silva & TEIXEIRA, Solange Maria. **Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social**. Rev. Katál. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 20-28 jan./jun. 2010.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na américa latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2001. Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00000690.pdf>>

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Famílias e políticas públicas**. In: Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas / organizadora: Leny A. Bomfim Trad. RJ: FIOCRUZ, 2010.

CARVALHO, Vilobaldo Adelídio & SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. **Política de Segurança Pública no Brasil: avanços, limites e desafios**. In: Revista Katál., Florianópolis, vol. 14, n. 1, p. 59 -67, jan./jun. 2011. CÓRDOVA & SILVEIRA. 2009.

CÓRDOVA & SILVEIRA. **A pesquisa científica**. In: Métodos de Pesquisa/ Org. Tatiana EngelGerhardt& Denise Tolfo Silveira; Coordenado pela universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo curso de graduação tecnológica- Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa & OMENA, Valéria Coêlho. **A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar**. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, UFMA, 20 à 23 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/pdf/amercentilizacaodasaudeeapoliticadesaudebrasileira.pdf>>

DRAIBE, Sônia M. **Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea**. 30º Encontro Anual da ANPOCS, GT19 - Políticas Públicas, Sessão 1 - Reformas Institucionais e Políticas Sociais. Caxambu, 24-28 de outubro de 2006. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3416&Itemid=232>

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 3 ed. Escala, 1978.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **As três economias políticas do Welfare State: o legado da economia política clássica.** 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>>

FONSECA, Cláudia. **Apresentação: De família, reprodução e parentesco: algumas considerações.** Dossiê: famílias em movimento. Cadernos pagu (29), julho-dezembro de 2007:9-35.2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** Editora Perspectiva S. A., 1978.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais.** In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo, vol. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

GONZALES, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira.** In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/247561/mod_resource/content/1/RACISMO%20E%20SEXISMO%20NA%20CULTURA%20BRASILEIRA.pdf>

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

HIRATA, Helena & KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho.** Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, set./dez. 2007.

IPEA. **Gasto Social Federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010.** Brasília, setembro de 2012, n. 9.

IPEA. **Dossiê mulheres negras : retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil.** Organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes [et al.]. Brasília, 2013.

JABARDO, Mercedes. **Feminismos negros: una antología.** Traficantes de Sueños. Madrid, 2012.

MACKINNON, A. Catherine. **Hacia una teoría feminista del Estado.** Universitat de València. Ediciones Cátedra. S.A., Madrid, 1995.

MARCONDES, Mariana Mazzini. **O cuidado na perspectiva da divisão sexual do trabalho: contribuições para os estudos sobre a feminização do mundo do trabalho.** In: Trabalhadoras – Análise da Feminização das Profissões e Ocupações / Yannoulas, Silvia Cristina (Coord.) – Brasília : Editorial Abaré, 2013.

MARTINS, Aline de Carvalho & MELO, Fernanda dos Reis. **Gênero: dimensão fundamental da saúde humana.** In: Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Organizadoras Leticia Batista Silva e Adriana Ramos. Campinas, SP: Papel Social, 2013, p. 165-182.

MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** In: Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004, p. 1411-1416.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** *In:* Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde /Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da Integralidade: alguma reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>, 2014.

MINAYO & SANCHES. 1993.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências.** *In:* Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. / Organizado por Lany A. Bomfim Trad. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p.51-65.

MONTEIRO, Ana Cláudia & NOGUEIRA, Márcia Valéria. **A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização?** *In:* Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Organizadoras Letícia Batista Silva e Adriana Ramos. Campinas, SP: Papel Social, 2013, p. 139-164.

PAIM, Jairnilson. **Eqüidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS.** *In:* Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.34-46, maio-ago. 2006.

PAIM, Jairnilson *et al* .**O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet em 9 de maio de 2011 (Saúde no Brasil, 1), p 11-31. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>

PASSOS, Rachel Gouveia. **Novas configurações do “care” no brasil: um olhar para as mulheres no campo da saúde mental.** *In:* Temporalis, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 13-37, jul./dez. 2014.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. **Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero.** 2006a.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** 3 ed., São Paulo. Cortez, 2006b.

RODRIGUES, Cristiano. **Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384446117_ARQUIVO_Cristiano_Rodrigues.pdf>

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 3 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como ordem simbólica.** Psicologia USP, 2014, 15(3), 11-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603.pdf>>

STAM, Maristela & MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio**. *In*: Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003

TRAD, Leny A. Bomfim. **A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde**. *In*: Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. / Organizado por Lany A. Bomfim Trad. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 27-49.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Sabotagem, 1999. Disponível em: <www.sabotagem.revolt.org>