



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso

**Trabalho doméstico e de cuidados e saúde mental durante a pandemia: perspectiva de
mulheres inseridas em Caps no DF**

Discente: Laís Chiareli de Souza Soares

Orientadora: Anabelle Carrilho

Brasília-DF, maio de 2022



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social - SER
Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho doméstico e de cuidados e saúde mental durante a pandemia: perspectiva de mulheres inseridas em Caps no DF

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social - SER do Instituto de Ciências Humanas - IH na Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob orientação da docente Dra. Anabelle Carrilho.

Brasília-DF, maio de 2022

TRABALHO DOMÉSTICO E DE CUIDADOS E SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA:
PERSPECTIVA DE MULHERES INSERIDAS EM CAPS NO DF

Data de Aprovação: Brasília – DF, _____ de _____ de 2022

Banca Examinadora

Orientadora

Prof^a Dr.^a. Anabelle Carrilho
Departamento de Serviço Social (SER) - UnB

Examinadora Interna

Prof^a Dr.^a. Silvia Cristina Yannoulas
Departamento de Serviço Social (SER) – UnB

Examinadora Externa:

Dr.^a Jamila Zgiet
Assistente Social, Secretaria da Saúde - SES

Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal

A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina

Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar

Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar

(Música: Triste, Louca ou Má. Francisco, El Hombre. 2016)

AGRADECIMENTOS

A meus amigos e companheiros de luta, Tamires dos Anjos, Luís Henrique Belém, Elyane Marques, Jessica Vieira e Natália Lima, por trazerem leveza a todos os dias desde o início da graduação, por acompanharem meu crescimento pessoal e profissional e crescerem junto comigo, pelo apoio mútuo em não desistir e não me deixar desistir. Nunca soltarei a mão de vocês.

Ao meu tio Giovanni, meu pai Emerson e tantos outros amigos e familiares, que fazem parte da minha história e que cruzaram meu caminho, vocês me acrescentaram de muitas formas possíveis.

À minha avó, Terezinha das Graças Soares, que compôs a primeira geração de mulheres com ensino superior em minha família, iniciou como professora em uma cidade no interior e se aposentou como diretora; rompeu com os paradigmas e conquistou independência financeira. Minha avó sempre me enxergou como sendo muito mais do que eu verdadeiramente sou: muito inteligente, super esforçada... muitas vezes diz que sou uma heroína. Vó, o dinheiro que a senhora mandava para eu “merendar na escola” já me ajudou inúmeras vezes em que passei o dia na UnB.

Ao meu avô, Sebastião José, que esteve presente em grande parte de minha criação, muitas vezes assumindo o papel de pai. Apesar das razões para perder a fé e a motivação, meu avô nunca desistiu. Vô, sua força me alimenta.

Ao meu companheiro de vida e amigo de todas as horas, Mateus Ponti Borges, por me enxergar além da casca, por me ajudar a amolecer quando os dias pareciam querer me endurecer, por achar que eu sou a mulher mais inteligente do mundo. Você me traz força para lutar e leveza para caminhar. Obrigada por me incentivar a descobrir que eu posso ser muito mais.

À minha mãe, Caroline Chiareli, por ser o maior exemplo de força e garra, mulher incumbida da tarefa do cuidar desde muito jovem, batalhadora desde sempre e desistente jamais. Mãe, você me apresentou as primeiras palavras, me segurou em meus primeiros passos e me levantou em todas as vezes que caí. Você é a minha maior inspiração, dou mais este passo graças a você.

Às minhas primeiras influências acadêmicas, Anabelle Carrilho e Jamila Zgiet, obrigada pela paciência, por todo o conhecimento agregado e pelo exemplo profissional a ser seguido. À Professora Silva Yannoulas, por todo o aprendizado em Pesquisa Social e por topar compor a banca de avaliação deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo principal identificar e analisar como a prática dos trabalhos domésticos e de cuidados durante a pandemia de Covid-19 afetou o quadro de saúde mental de mulheres inseridas no tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial localizado em uma Região Administrativa do Distrito Federal. Realizou-se um resgate histórico acerca da divisão sexual do trabalho e de como a responsabilização das mulheres pelos trabalhos domésticos e de cuidados pode se correlacionar com a saúde mental. Na parte qualitativa, foi aplicado o instrumento de pesquisa em grupo focal, buscando analisar sua fala e seus relatos de como o período pandêmico influenciou em seu cotidiano, articulando ao referencial bibliográfico selecionado. Adota-se como hipótese que a realização dos trabalhos domésticos e de cuidados durante a pandemia intensificou o quadro de transtorno e sofrimento psíquico das mulheres inseridas no serviço de saúde mental. Os resultados obtidos, com a pesquisa bibliográfica e aplicação de questionário em campo, corroboram a hipótese, posto que as participantes relataram maior sobrecarga e exaustão com essas atividades no período pandêmico.

Palavras-Chave: Trabalho doméstico e de cuidados, divisão sexual do trabalho, saúde mental, pandemia.

ABSTRACT

The present study carried out a historical review of the sexual division of labor and how the responsibility of women for work and domestic care can be correlated with mental health. The main objective was identified and analyzed as the practice of functions related to the mental health condition of women incorporated in the treatment in a Psychosocial Care Center in an Administrative Region of the Federal District. For this, the application of the instrument with the women was carried out in a focus group, seeking to analyze their speech and their reports of how the pandemic period influenced their daily lives, articulating the selected bibliographic reference. It is adopted as a hypothesis that domestic and care work during the pandemic intensified the disorder and psychological suffering of women who access mental health services. The results obtained, with the bibliographic research and application of a questionnaire in the field, corroborate the hypothesis, since the interviewees reported greater overload and exhaustion with these activities in the pandemic period.

Keywords: domestic and care work, sexual division of labor, mental health, pandemic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Mental

CF- Constituição Federal

CEP/CHS - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DF – Distrito Federal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MLA - Movimento de Luta Antimanicomial

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Pibic - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

Raps - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - A construção da Divisão Sexual do Trabalho	12
1.1 - <i>Uso do tempo e seus reflexos na vida das mulheres</i>	15
1.2. <i>Conceituando os trabalhos domésticos e de cuidados</i>	18
CAPÍTULO II – Saúde mental e gênero	22
2.1. <i>A Reforma Psiquiátrica no Brasil: fruto de uma Luta Antimanicomial</i>	22
2.1.2. A implementação dos Centros de Atenção Psicossocial	24
2.2. <i>Correlação entre gênero e saúde mental</i>	28
CAPÍTULO III – Afinal, como a prática dos trabalhos domésticos e de cuidados na pandemia se relaciona com a saúde mental das mulheres?	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICE	47

INTRODUÇÃO

É notório que os trabalhos doméstico e de cuidados são historicamente delegados às mulheres, graças a uma construção ancorada na divisão sexual do trabalho, que, de acordo com Bandeira (2010), ocorre a partir de uma assimetria de atividades, tanto laborais como domésticas e de cuidado. De acordo com Santos e Diniz (2018, p. 39):

Tanto as condições orgânicas, quanto, principalmente, as realidades sociais às quais as mulheres estão submetidas, favorecem um ambiente interno propício a uma maior ocorrência de problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e transtornos associados ao ciclo reprodutivo [...] as mulheres são mais acometidas por transtornos afetivos, ansiosos, dissociativos e alimentares que os homens. A bulimia chega a atingir, por ano, 28,8 em cada 100.000 mulheres e apenas 0,8 em cada 100.000 homens.

Segundo as autoras, o ambiente doméstico em que muitas mulheres, principalmente negras e de classes subalternas, passam a maior parte de suas vidas pode ser um fator de risco no que diz respeito à saúde mental, principalmente quando essas mulheres são atingidas pelas desigualdades sociais, debate que será aprofundado no decorrer deste trabalho de conclusão de curso.

A pesquisa visou a identificar indícios de correlações entre a sobrecarga de trabalhos doméstico e de cuidados e o sofrimento e adoecimento mental de mulheres que realizam tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial do DF, durante o período de pandemia por Covid-19 entre os anos de 2020 e 2022. Para isso, realizou-se uma análise histórica sobre a divisão sexual do trabalho e a consequente vinculação da imagem das mulheres a trabalhos domésticos e de cuidados e, a partir disso, sobre a relação desse processo e o quadro de saúde mental das mulheres. Especificamente, tentou-se compreender o quadro atual da saúde mental das mulheres, dada a conjuntura de pandemia e aprofundamento das expressões da Questão Social, a partir da observação de relatos de experiências vivenciadas, no âmbito do trabalho doméstico e de cuidados, pelas mulheres em tratamento em um Caps. Tornou-se, então, possível relacionar a intensificação dos trabalhos domésticos e de cuidados na pandemia com a saúde mental, a partir da narrativa dessas mulheres, considerando a interseccionalidade como potencializador do sofrimento mental.

Como um dos principais referenciais bibliográficos, foi utilizada pesquisa elaborada pela própria discente e publicada no ano de 2021, intitulada “Mulheres, cuidado e trabalho

doméstico em tempos de isolamento social: a narrativa de coletivos do Distrito Federal”, vinculada à pesquisa “Mulheres, trabalhos e tecnologias: um ‘museu de grandes novidades”, orientada pela docente Anabelle Carrilho e aprovada pelo Edital do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – Pibic (CNPq).

De acordo com Santos e Diniz (2018), os principais fatores destes trabalhos que se materializam como causa do adoecimento mental são “jornada repetida e inacabada das atividades realizadas; o contato com produtos tóxicos e objetos perfuro-cortantes; a falta de lazer e descanso; a falta de autonomia econômica; e, muitas vezes, a repressão sexual e/ou submissão ao domínio do marido” (SANTOS; DINIZ, 2018, p. 40).

Considerando os fatos expostos, a formulação da hipótese levou em consideração que os trabalhos doméstico e de cuidados compõem os determinantes sociais do adoecimento mental das mulheres e são condicionados a classe social e raça. Portanto, a intensificação desses trabalhos durante a pandemia de Covid-19 pode ter aprofundado o quadro de sofrimento mental das mulheres, em especial das mulheres pobres e negras, dado o fato de que são historicamente delegados a elas, além de que a intensificação destes trabalhos é um condicionante social importante a ser considerado no que diz respeito ao tratamento de adoecimento mental das mulheres.

A realização da pesquisa teve sua estratégia metodológica pautada em uma pesquisa qualitativa, com a construção de um paradigma embasado no Materialismo Histórico-dialético, por abranger a realidade em sua totalidade; possibilitando ultrapassar a aparência do objeto e alcançar sua essência, através de aproximações sucessivas (NETTO, 2011). Amparou-se especificamente numa perspectiva feminista crítica, que considera a atual conjuntura como resultante de contradições e fatores históricos, políticos e sociais, gerados por uma realidade antagônica, capitalista e patriarcal. Tal perspectiva busca centrar sua análise “nas relações de poder e pensa diferentes realidades a partir de contextos sociais e políticos, adotando uma perspectiva realista, na qual ressaltam as desigualdades e divisões existentes na sociedade” (KETZER, 2017, p. 104).

Para a realização dos estudos sobre a saúde mental, utilizou-se do pensamento antimanicomial que inspirou a Reforma Psiquiátrica e introduziu a ideia de que o quadro de adoecimento mental não deve ser levado como fator isolado ou justificativa para a exclusão e desumanização dos pacientes. Todos são dignos de tratamentos humanizados, que visem a inclusão e ressocialização do indivíduo em sociedade, bem como compreender os fatores que

causam seu adoecimento e tratá-los de forma livre e com o consentimento do paciente. Esta concepção passa a ser hegemônica a partir da implementação da Lei nº 10.216, de 2001, também conhecida como Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, que ordenou o fechamento gradual dos manicômios e a criação de serviços substitutivos, que objetivam integrar o paciente em seu âmbito social.

O Caps no qual foi realizado o estudo se localiza em uma Região Administrativa do Distrito Federal que possui entre 65 e 70 mil habitantes, sendo aproximadamente 52% mulheres, e a distribuição de renda domiciliar média de R\$ 800,00 *per capita*, de acordo com dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) do ano de 2018. A instituição foi selecionada como local de pesquisa pelo fato de que a discente já realizou estágio no local e possui vínculo tanto com servidores como com pacientes, o que facilitou a comunicação, autorização e aplicação de entrevistas. A aproximação realizou-se através da assistente social, que estabeleceu a conexão entre a pesquisadora e as usuárias da instituição através do grupo.

O principal instrumento para a coleta de dados da pesquisa qualitativa foi então a aplicação de grupo focal, com as participantes da oficina que também é um grupo de geração de renda, conduzida semanalmente no Caps selecionado pela assistente social servidora da instituição, com quem obtivemos o primeiro contato. A aplicação do instrumental foi realizada presencialmente com as participantes em grupo, uma única vez: todas se reuniram e, durante a aplicação do instrumental, elas expressaram como se sentiam e trouxeram relatos de seu cotidiano. O espaço para a realização do grupo focal foi o mesmo utilizado para a condução dos encontros do grupo na instituição.

O principal objetivo do instrumental foi obter um perfil das mulheres participantes, com informações acerca de sua saúde mental, principalmente no que diz respeito ao período da pandemia, para, enfim, questionar se a prática dos trabalhos doméstico e de cuidados na pandemia possui correlações possíveis de estabelecer com o quadro de adoecimento mental. Posteriormente, foi necessária a realização de uma análise documental de relatórios, posicionamentos públicos, entre outros documentos históricos disponibilizados pela instituição.

Como forma de enriquecer o trabalho, realizou-se uma organização dos dados obtidos a partir dos instrumentos selecionados, a fim de selecionar aqueles que pudessem ter relevância para o tema de acordo com a abordagem desejada. Esses dados foram classificados e observados sob uma perspectiva crítica que visa ir além da realidade microssocial e avançar ao macrossocial.

A pesquisa adotou como fundamentos os princípios éticos da resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Princípios estes incluem: respeito, garantia de integridade física e moral, neutralidade na aplicação de qualquer instrumento de coleta de dados, a não violação dos Direitos Humanos e o comprometimento para com o uso de informações verídicas.

Para alcançar esses objetivos, antes da realização das entrevistas as participantes receberam impresso, e também de forma oral, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE –, contendo informações sobre o objeto de pesquisa e sua contribuição não remunerada e voluntária. Em relação ao sigilo e anonimato, não foi necessário obter conhecimento acerca dos nomes das participantes ou da instituição, posto que isso não altera na análise dos resultados, portanto, foi esclarecido sobre a possibilidade de utilização de nomes fictícios durante a aplicação das entrevistas. Ao final do TCLE, elas afirmaram oralmente a concordância com seu conteúdo e mantiveram uma cópia assinada com elas e a outra cópia permaneceu com a pesquisadora. Todo este processo foi realizado após a obtenção do aval do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais – CEP/CHS da UnB, ao qual foi submetida e aprovada a pesquisa, sob o parecer de nº 5.146.620.

Os documentos necessários para a realização da pesquisa foram: roteiro de entrevista, ofícios de apresentação da pesquisadora, aceite institucional e ofício de solicitação de acesso a dados, para que fosse possível obter um panorama acerca do perfil da população usuária, através do relatório estatístico elaborado pela gestão da instituição.

O trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo discute conceitos relacionados às relações de gênero em uma perspectiva crítica, como a divisão sexual do trabalho, uso do tempo, trabalho doméstico e de cuidados, bem como os relaciona com a realidade vivenciada por milhares de mulheres. Após isso, no segundo capítulo, insere-se a discussão de gênero em saúde mental, abordando brevemente o histórico da saúde mental no Brasil desde a Reforma Psiquiátrica até os dias atuais. Ao final, apresentam-se os resultados da pesquisa, bem como a conclusão acerca da relação que se estabelece entre trabalhos domésticos e de cuidados e a saúde mental das mulheres.

CAPÍTULO I - A construção da Divisão Sexual do Trabalho

De acordo com Ávila e Ferreira (2014), a divisão sexual do trabalho parte de um princípio hierárquico, embasado no patriarcado, e foi apropriada pelo sistema capitalista, se relacionando estruturalmente à sociedade que se formou, em que “a força de trabalho é vendida como uma mercadoria e o espaço doméstico passa a ser uma unidade familiar e não mais uma unidade familiar e produtiva” (ÁVILA; FERREIRA; 2018. P. 14).

Nogueira (2010) aponta que esta divisão é um fenômeno de opressão e dominação dos homens sobre as mulheres, que se desenvolve historicamente e adquire novas facetas de acordo com a sociedade em que se insere. É possível notar que o sistema capitalista lucra com esse sistema de exploração-opressão, posto que a divisão sexual do trabalho escancara uma hierarquia de gênero que “[...] influencia na desqualificação do trabalho feminino assalariado, no sentido da desvalorização da força de trabalho e conseqüentemente desencadeando uma acentuada precarização feminina no mundo produtivo.” (NOGUEIRA, 2010. P. 59).

Segundo Santos (2014), para que o sistema social seja mantido, depende-se da reprodução humana e dos sistemas de reprodução. Esses dois processos passaram a se separar com o advento do sistema capitalista, ou seja, designou-se um espaço público para a produção, e outro doméstico para a reprodução. Para o conceito de trabalho reprodutivo, utiliza-se a abordagem de Marcondes (2012), que compreende o trabalho reprodutivo como “o conjunto de atividades que cria as condições indispensáveis para a reprodução da força de trabalho e, portanto, abarcam os trabalhos de cuidado diretamente voltado às pessoas [...] mas também os trabalhos rotineiros de limpeza da casa, higienização e alimentação”.

A autora pontua que a separação dessas duas esferas desencadeou o surgimento de subsistemas independentes e reforçou a divisão e a assimetria dos papéis sociais denominados como sendo “femininos” e “masculinos”. Segundo ela, apesar de notório que a estrutura industrial dependa da estrutura doméstica para a reprodução de seus indivíduos, pelo fato de as atividades reprodutivas não serem produtoras diretas de bens de consumo, elas tornam-se desvalorizadas e invisibilizadas. O espaço privado é tido como espaço sem valores, “atribuído às mulheres com base nas condições biológicas de maternidade, mas também nas representações que a sociedade construiu destas como cuidadoras. Fica evidente que o fator que estruturou a divisão sexual do trabalho feminino foi o construto de mulher-mãe” (SANTOS. 2014; P. 21).

Em outras palavras, a capacidade biológica da mulher de gerar vidas serviu como justificativa para construir uma idealização das responsabilidades femininas do cuidado à família, o que tornaria plausível a necessidade de a mulher viver confinada ao seu espaço doméstico, com especificidades relativas a raça e classe social, como será abordado adiante. Portanto, mesmo que uma mulher não tenha filhos(as), ainda assim as atividades domésticas recaem com maior força a ela.

Marcondes e Yannoulas (2012) pontuam que esta divisão sexual do trabalho é uma variação da divisão social do trabalho que se deriva das relações de gênero e passa a ser apropriada e utilizada para a manutenção do modelo econômico capitalista, posto que separa as esferas produtiva e reprodutiva, ao mesmo tempo que confere a elas uma unidade, em que o produtivo e o reprodutivo estabelecem dependência entre si. Porém, essa separação gera uma hierarquização entre as duas esferas, sendo o âmbito produtivo mais valorizado e destinado social e historicamente aos homens, e o reprodutivo menos valorizado e correlacionado muitas vezes à “natureza” das mulheres. Ou seja, o trabalho assalariado é o único considerado como trabalho de fato pela sociedade.

As autoras também mencionam o fato de que, apesar de sempre estarem inseridas nas funções reprodutivas, realizando extensas e intensas jornadas voltadas para a manutenção do bem-estar no ambiente doméstico, as mulheres sempre foram tidas como improdutivas, até consolidarem sua participação no mercado de trabalho assalariado, que teve início no Brasil em meados dos anos 1940, a partir da Consolidação das Leis Trabalhistas e introdução das garantias de proteção ao trabalho das mulheres no país (PROBST; 2003). Esta consolidação inicia uma história que abarca contradições, posto que a oportunidade de emancipação parcial da mulher, segundo Marcondes (2012), gera intensificação e desigualdades no trabalho das mulheres, que passa abarcar o produtivo e o reprodutivo articulados um ao outro.

Segundo Carrilho, em texto para o verbete “Feminização” do Glossário das Desigualdades¹, a partir da crise do Estado social capitalista na década de 1970, as mulheres passaram a ser “absorvidas” pelo mercado de trabalho de forma precarizada, inseridas, em especial no Brasil, nos setores informais, com assalariamento inferior ao dos homens, o que

¹ O Glossário das Desigualdades é uma publicação online que compõe o Projeto Observatório das Desigualdades do Departamento de Administração Pública e Gestão Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, disponível em: https://ccsa.ufrn.br/portal/?page_id=11940.

acaba por perpetuar as desigualdades de gênero e raciais, uma vez que as mulheres negras ocupam cargos ainda mais inferiorizados.

Conforme mencionado por Sojr (2007), com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, nota-se a substituição do modelo "tradicional" da família, em que o homem é provedor e a mulher responsável pelos trabalhos doméstico e de cuidados, pela dinâmica em que homens e mulheres estão inseridos no âmbito produtivo. Porém, as tarefas domésticas e de cuidado com a família permanecem sendo, majoritariamente, atribuídas às mulheres. Esse fenômeno acarreta esgotamento e cansaço entre as mulheres, além de aprofundar as desigualdades e facilitar a desvalorização delas no mercado de trabalho. Segundo a autora, as mulheres deixam de ocupar apenas o espaço doméstico e passam a ocupar massivamente o público, sem que tenha havido movimentação dos homens na direção inversa. As mulheres seguem com a maior parte das tarefas reprodutivas. O Estado, cada vez mais ausente, também não promove políticas públicas e equipamentos sociais adequados para afirmar a corresponsabilidade social nesta questão.

Nota-se que a partir da ocupação das mulheres nos espaços produtivos, ocorre a divisão desigual dos trabalhos com base nas diferenças sexuais, juntamente com diferenças de classe, raça e etnia. Portanto, as mulheres se inseriram no campo produtivo em setores informais, com condições insalubres e desiguais de trabalho. Segundo Santos (2014, p. 24).

A participação em alguns setores específicos, com postos mais precários, vulneráveis e menos qualificados, geralmente, são características de ocupações femininas. Tais ocupações tendem a reproduzir estereótipos e papéis femininos que remetem ao cuidar e ao espaço doméstico – independente dessas mulheres também realizarem o trabalho produtivo – o que reforça o argumento de que o trabalho feminino continua delimitado por espaços e realidades que refletem a arcaica divisão sexual do trabalho.

Essa lógica se explicita ainda mais quando voltada para a perspectiva da interseccionalidade entre gênero, raça e classe social. Heising realizou uma pesquisa em 2011, aplicada em 33 países, que constatou que os serviços domésticos eram realizados majoritariamente por mulheres pobres no lugar de mulheres ricas. Famílias com maiores recursos financeiros passam a delegar os trabalhos domésticos e de cuidados, ou possuem equipamentos e aparelhos que auxiliam nessas tarefas e, portanto, demandam menos tempo e esforço. Ao designar estas atividades para as mulheres que compõem parcelas mais vulneráveis da sociedade, os trabalhos domésticos e de cuidados passam a ser novamente desvalorizados, porém, desta vez, ao associá-los à mão de obra desqualificada.

Portanto, além de reprodutivos, os trabalhos domésticos e de cuidados passaram a ser produtivos para as mulheres que se mantivessem por meio deles.

1.1 - Uso do tempo e seus reflexos na vida das mulheres

O uso do tempo também está diretamente relacionado à divisão sexual do trabalho e, ao contrário do que presume o pensamento comum, o uso do tempo – principalmente para mulheres – não é definido de forma autônoma, mas sim, de acordo com a organização social ou econômica.

Como já mencionado, isso ocorre principalmente porque a hierarquia de gênero impõe que a distribuição de trabalhos não remunerados, como doméstico e de cuidado, sejam exercidos pelas mulheres, enquanto os homens são responsáveis pelo trabalho remunerado e pela participação na esfera pública no geral, reconhecida e valorizada socialmente. Com o processo de feminização do mercado, observa-se que muitas mulheres passaram a exercer atividades remuneradas, deixando suas casas para trabalhar e, ainda assim, não houve equalização na distribuição temporal das atividades não remuneradas entre homens e mulheres.

Dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2019 demonstram que, no Brasil, as mulheres dedicavam aos trabalhos doméstico e de cuidados cerca de 18,5 horas semanais, enquanto os homens utilizavam 10 horas para essas atividades. Desta forma, a jornada semanal feminina demandava 53,3 horas semanais, sendo 34,8 horas de emprego e 18,5 horas de cuidados da casa e das pessoas. No caso dos homens, essa jornada ocupa em média 50,3 horas semanais. Ou seja, existe quase o dobro da responsabilização das mulheres sobre os trabalhos domésticos e de cuidados, que necessitam conciliar suas tarefas, tanto remuneradas como não remuneradas.

Nota-se que as mulheres dedicam muito mais de seu tempo à forma de trabalho não remunerada do que os homens, mesmo com a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, o que torna o gênero uma das principais perspectivas de análises em relação ao uso do tempo.

Em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus, que teve maior intensidade entre os anos de 2020 e 2021, nota-se que o uso do tempo assumiu uma dinâmica diferente da tradicional. Dados publicados pelo IBGE no ano de 2020 apontam que, por conta das exigências de isolamento e distanciamento social, 7,9 milhões de pessoas iniciaram trabalho em regime

remoto, ou seja, trabalhando em casa, no ano de 2020; sendo 27,1% formadas no ensino superior ou com pós-graduação.

Também é importante compreender a interseccionalidade existente entre gênero, raça e classe social – posto que esses fatores se relacionam intrinsecamente na construção da realidade.

De acordo com Biroli e Miguel (2015; p. 2), tratar da interseccionalidade é reconhecer que não há uma sobreposição entre os padrões de dominação. Eles não são independentes, mas sim entrelaçados, “o que faz com que qualquer interpretação aprofundada do mundo social e qualquer projeto emancipatório consequente precise incorporar simultaneamente os três eixos”, gênero, raça e classe social.

Collins (2017) relata que os debates sobre a interseccionalidade passaram a emergir na década de 1990, quando movimentos feministas, especificamente o feminismo negro, conquista espaço e protagonismo na academia, que passa a reconhecer esse termo como o que melhor abrange a teoria e a prática cotidiana, por tratar da importância de correlacionar raça, classe e gênero, afirmando que não existe hierarquia de opressão (Lorde, 2019). Segundo Collins:

Examinar como as mulheres de cor lidaram com o desafio de seu próprio empoderamento demonstra diferentes padrões de como raça/classe/gênero/sexualidade foram negociadas no contexto político dos movimentos sociais. Por exemplo, mulheres afro-americanas e mexicanas confrontaram o desafio de incorporar gênero aos argumentos predominantes de raça/classe dos movimentos nacionalistas negros e mexicanos, assim como incorporaram raça e classe ao movimento feminista, que avançava somente nos argumentos de gênero (COLLINS; 2017. P. 09).

De acordo com a autora, o termo foi legitimado por Kimberlé Crenshaw, advogada e intelectual feminista afro-americana que introduziu a convergência dos estudos de raça/classe/gênero, a partir da inserção de si mesma em sua própria narrativa, pontuando que só poderiam existir ações efetivas em relação à justiça social por uma compreensão dos problemas sociais a partir da análise dos sistemas de poder. Crenshaw (2002) explicita que as discriminações de raça, classe e gênero não são mutuamente excludentes, já que há várias formas de subordinação que refletem a interação entre esses fatores.

Com base nisso, a autora passa a desenvolver razões pelas quais a subordinação interseccional é invisibilizada. Entre as mulheres existe uma heterogeneidade que define como diferentes subgrupos estariam mais vulneráveis à discriminação, o que cita como “diferenças

que fazem a diferença”. E é importante impedir que as diferenças no próprio grupo de mulheres desencadeie a marginalização dos subgrupos mais vulneráveis.

Segundo Crenshaw (2002), o sistema capitalista, racista e patriarcal modela o funcionamento da sociedade e coloca as mulheres em posição de opressão estrutural, invisível e constantemente naturalizada, por isso torna-se difícil identificar a discriminação interseccional. Consequentemente, percebe-se apenas o traço mais imediato da opressão, enquanto os aspectos estruturais operam automaticamente, passando despercebidos. Para a autora, somente uma análise mais detalhada das dinâmicas que formam a subordinação de mulheres racialmente marcadas possibilitaria o desenvolvimento de intervenções e políticas mais eficazes e protetivas a todas as mulheres.

Collins (2017. p. 15) aponta para os desafios de avançar nos debates de interseccionalidade e das políticas emancipatórias no contexto neoliberal. Segundo ela, o neoliberalismo incentiva a individualidade e a responsabilização do indivíduo acima das iniciativas coletivas em prol do bem público, “Nessa lógica, problemas sociais podem ser mais bem resolvidos pela objetividade das soluções do mercado, não políticas de ação coletiva”.

Bandeira (2010) exemplifica este fato em sua obra, afirmando que mulheres periféricas, por terem menos acessibilidade aos locais de lazer – que costumam ficar no centro ou possuem algum custo – tendem a gastar mais tempo com atividades domésticas, arrumando casa, preparando alimentos, cuidado das roupas, crianças, idosos e das demais pessoas com quem convivem. Além de muitas vezes acumularem o trabalho reprodutivo próprio e de seus padrões, como ocorre no caso do trabalho doméstico.

Como exemplo, é válido mencionar uma pesquisa publicada pelo Fórum Econômico Mundial (World Economic Forum) (2021), que aponta que, apesar de os homens contraírem o coronavírus em maior número, são as mulheres que morrem mais pelo vírus, principalmente pelo fator de vulnerabilidade social ao qual elas estão suscetíveis, por comporem maioria nas camadas vulneráveis da sociedade, além de comporem maioria nos trabalhos informais, que não aderiram às normas de distanciamento e isolamento social da mesma forma que os trabalhos formais durante a pandemia de Covid-19. É válido mencionar que, ainda que não tenham sido as primeiras a se infectar, as mulheres estão mais suscetíveis ao contágio, por quase sempre terem de cuidar de seu ente adoecido.

Sojr (2008; P. 83) traz à luz o fato de que a situação de classe das mulheres interfere no tempo empregado aos trabalhos domésticos e de cuidados. As mulheres de classes sociais superiores trabalhariam sete horas a menos do que mulheres mais pobres. Segundo ela:

Essa jornada menor se relaciona, provavelmente, tanto ao menor tamanho das famílias como aos serviços das empregadas domésticas que as primeiras podem contratar.

A participação dos homens nos afazeres domésticos também varia segundo a classe social a que pertencem. A maior participação ocorre nos estratos de renda inferiores, não obstante as diferenças entre os homens sejam muito menos marcantes do que as encontradas entre as mulheres nos dois grupos de renda.

Com base nisso, é possível observar que, quanto mais abaixo das camadas sociais as mulheres se inserem, maior a invisibilização e a exploração de seu trabalho reprodutivo. Em contraponto, as atividades domésticas e de cuidados não chegam a ser um fator determinante no cotidiano dos homens, uma vez que, conforme observado, eles gastam uma parcela de tempo nestas atividades muito inferior em comparação com as mulheres.

1.2. Conceituando os trabalhos domésticos e de cuidados

Em 2019, 92,1% das mulheres realizavam trabalhos domésticos e de cuidados, de acordo com a amostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2020). Por outro lado, 78,6% dos homens no período declararam realizar as mesmas atividades.

Tanto o trabalho doméstico como o de cuidados fazem parte do trabalho reprodutivo e frequentemente são relacionados um ao outro, principalmente pelo fato de muitas vezes não serem remunerados e, quando são, sofrem constante desvalorização. Apesar disso, é possível estabelecer diferenças entre ambos.

No âmbito do trabalho doméstico remunerado ou não, o conceito trazido na presente proposta de pesquisa aborda-o no *locus* de realização como sendo o domicílio, âmbito familiar privado, como um “conjunto de atividades realizadas para dar conta de parte das responsabilidades familiares que se circunscrevem ao domicílio e ao arranjo familiar nele contido.” (BRUSCHINI; 2012. P. 263).

De acordo com Santos e Diniz (2018), a questão do trabalho doméstico também tem como desdobramento a maternidade, considerada como uma das principais funções da maioria

das mulheres e em especial das donas de casa, que associa o trabalho doméstico com o de cuidados. “Assim, o papel das mulheres, apoiado em suas condições biológicas, justificou seu confinamento ao espaço doméstico e as convocou à responsabilidade do lar”. (SANTOS, DINIZ; 2018. P. 48).

De acordo com Hirata (2010), cuidado – tradução livre da expressão *care* em inglês – não possui um conceito em específico, é uma palavra polissêmica. Nesta pesquisa, utilizar-se-á da forma não remunerada desta expressão, por ser constantemente invisibilizado e exigir tempo (uso do tempo) de mulheres que exercem atividades remuneradas e possuem mais uma carga de trabalho ao retornarem para suas casas.

A autora pontua o fato de que toda a sociedade, em algum momento da vida, necessita do cuidado e, portanto, ele não deve se limitar a atender um grupo específico. No entanto, na prática, nota-se que o cuidado é “normalmente visto como um trabalho sem qualificação, seu valor é baixo e os que necessitam do serviço são capazes de comandar os que o fornecem de forma altamente assimétrica.” (TRONTO; 1997; P. 292).

Marcondes (2012) relata que a prática social do trabalho de cuidados estabelece uma relação de interdependência entre quem cuida e quem é cuidado. Diferentemente do trabalho doméstico, o trabalho de cuidados implica, nas entrelinhas, que a pessoa que cuida esteja à disposição de quem é cuidado e possui duas dimensões: “dimensão objetiva que responde às necessidades naturais e sociais, e outra dimensão subjetiva que inclui os afetos e as emoções” (MARCONDES; 2012. P. 175).

Observando estes fatores e, de acordo com Tronto (1997), nota-se que o trabalho de cuidados implica, além das ações concretas, em envolvimento afetivo como critério para seu exercício, característica diretamente associada a figura da mulher. Segundo Avril (2019), o termo *care* traz implícita a designação de amor no cuidado dos outros; ou seja, o cuidado dos outros deve trazer a esfera privada, do sentimentalismo, ao mesmo tempo em que se manifesta na esfera profissional. A moralidade faz confundir o que se faz com os outros com a preocupação com os outros. A autora enfatiza que, enquanto o trabalho doméstico destaca-se pelas tarefas materiais, o trabalho de cuidados envolve o abstrato, o amor, a benevolência e a dedicação das mulheres com seus familiares.

Consideram-se, portanto, os trabalhos doméstico e de cuidado como instrumentos necessários para a manutenção da produtividade da classe trabalhadora, e para a reprodução

biológica e social das novas gerações de trabalhadoras/es, atividades inerentes ao funcionamento da família nos moldes estabelecidos pelo sistema capitalista.

Há, portanto, uma crise do cuidado, que ocorre pela sobrecarga das mulheres que se inserem na esfera produtiva e na ausência da participação dos homens na esfera reprodutiva. Segundo Sorj (2007), a articulação entre família e trabalho ainda permanece majoritariamente no âmbito privado, domiciliar, dada a ineficiência das políticas públicas que redistribuam ou socializem os custos dos cuidados familiares, além do baixo nível de abrangência das políticas já existentes.

De acordo com a autora, principalmente nos países mais desenvolvidos, existem três principais meios que favorecem a conciliação entre trabalhos e cuidados familiares, sendo eles:

1. as licenças de trabalho para cuidar dos filhos, sem redução salarial e sem perda do emprego;
2. a regulação do tempo de trabalho, que permite que os pais se adaptem, reduzindo ou realocando as horas de trabalho quando as necessidades de cuidados com os filhos são mais pertinentes, sem prejudicar a vida profissional;
3. a garantia de acesso a pré-escolas ou creches em tempo integral, para quando os pais estão no trabalho.

Apesar dessas garantias, a autora pontua que:

As garantias de afastamento para os cuidados com a família somente são asseguradas caso haja trabalho formal, de carteira assinada. O significativo crescimento do trabalho informal na última década indica que um contingente cada vez maior de trabalhadores encontra-se desprotegido de direitos trabalhista básicos, notadamente, as cônjuges e chefes de famílias monoparentais que estão proporcionalmente mais representadas no segmento informal da economia. (SORJ; 2007. P. 575)

Ou seja, apenas possui garantias aquele que se insere na esfera de trabalho formal. Com o grande crescimento do trabalho informal, somado com a ineficiência do Estado em promover políticas públicas voltadas para os cuidados familiares, não é difícil concluir que grande parte da população, principalmente mulheres negras e de classes subalternas, permanece sem cobertura de tais garantias.

CAPÍTULO II – Saúde mental e gênero

2.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: fruto de uma Luta Antimanicomial

A Reforma Psiquiátrica teve suas raízes no Brasil a partir dos anos 1960, quando muitos autores em saúde mental passaram a construir críticas sobre a psiquiatria tradicional – com foco apenas na solução-problema e nas causas da loucura – e começaram a trabalhar com as características históricas apresentadas pelo sofrimento mental (Amarante, 2018). Nesse período, passa-se a trabalhar com a psiquiatria reformada, dando ênfase nas contradições da realidade, tendo um caráter político, realizando confrontos com as instituições manicomiais e negando as técnicas tradicionais para resolução do quadro de saúde mental dos pacientes.

Passa-se, então, a discutir a respeito da saúde mental a partir dos determinantes sociais, que, segundo Bosi (2014; P.128), “Correspondem a situações de vida e trabalho dos indivíduos e grupos relacionados com sua condição de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Conforme Amarante (2018), as políticas de saúde mental surgem por meio da proposta da reforma sanitária, com a transição para o Estado democrático. Os trabalhadores que estavam presentes nas instituições de saúde se depararam com os casos de violência e descaso aos quais os usuários eram submetidos e fizeram denúncias sobre o ocorrido. Assim, surgem os primeiros movimentos referentes à reforma psiquiátrica nos anos 1970.

Com a conjuntura da Ditadura Civil Militar e as reformas que estavam acontecendo na área da saúde, em 1978, quando surgiu o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), percebe-se a necessidade de aproximação com entidades no intuito de fortalecer o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que foi o caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Mental (Cebes), “passando a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados onde a entidade era mais presente (RJ, SP, MG, BA).” (AMARANTE, 2018; p. 2068).

O MLA reivindicava a substituição dos manicômios por instituições de assistência psiquiátrica que prezassem pela autonomia dos pacientes em saúde mental. Foi influenciado por teorias que pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional; analisando a realidade através de perspectivas críticas e dialéticas e recusando as soluções puramente técnicas que a psiquiatria tradicional pregava como forma de tratamento (BISNETO,

2007). No ano de 1979, o MTSM organizou o 1º Congresso de Saúde Mental, que ocorreu no Estado de São Paulo, sem nenhum apoio financeiro; no mesmo ano, houve uma aproximação com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), com o objetivo de ampliar sua articulação.

Com a crise da previdência em 1980, sucedem propostas de reformulação na assistência médica, na previdência e na saúde. Assim, vários integrantes do MTSM participaram desse processo, no âmbito da política com a Nova República. A luta antimanicomial se formaliza em 1986, na 8ª Conferência Nacional da Saúde, onde profissionais e a população – pela primeira vez na história nacional – puderam discutir sobre a implementação de um novo modelo de saúde no país. As principais reivindicações foram: a instituição da saúde como direito inerente ao cidadão; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial (Amarante, 2018).

No ano de 1987, ocorre o 2º Congresso de Luta Antimanicomial, que tinha como objetivo e proposta *uma sociedade sem manicômios*. Esse congresso deu o pontapé inicial, não só para a participação dos trabalhadores e usuários, mas também para a participação de outros ativistas, como de direitos humanos e outros movimentos. Assim ocorre a elaboração de um projeto de lei que tratava da substituição dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, como o Centro de Atenção Psicossocial, o Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental, o Centro de Atenção Diária e o Núcleo de Atenção Psicossocial.

A partir disso, contempla-se a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF) de 1988, conhecida como constituição cidadã, por proporcionar – a partir da criação do modelo de Seguridade Social conhecido atualmente – ganhos importantes nos direitos sociais, como os “direitos do trabalho (previdência), direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (KRUGER e OLIVEIRA, 2018, p. 58). O funcionamento do SUS foi instituído pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que reafirmam a saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, ou seja, todos, sem distinção, podem usufruir do mesmo.

O SUS abrange a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) a partir da Lei 10.216 de 2001 e cria novos rumos para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, utilizando como proposta de intervenção a inserção da cultura no tratamento de seus usuários; além de incentivar o exercício da autonomia e do senso crítico na sociedade como um todo, com ênfase em formas

de tratamento em liberdade que garantam a proteção de indivíduos com algum tipo de transtorno mental.

O movimento de Luta Antimanicomial, cada vez mais articulado, passou a organizar núcleos em diversos estados, com um intuito de estimular e incentivar a participação da população brasileira no mesmo. O dia 18 de maio passou a ser considerado o dia de luta antimanicomial, com o intuito de incentivar a população a pensar sobre a exclusão que essas pessoas sofrem e a violência das instituições. O primeiro evento organizado pelo movimento de luta antimanicomial ocorreu em 1993, de acordo com Amarante (2018).

A reforma psiquiátrica no Brasil foi considerada um processo social, com o dilema de destacar o lugar social para a loucura, tendo como proposta de intervenção a utilização da cultura para o tratamento desses usuários, além de criar um senso crítico para a sociedade como um todo. Ocorre a reconfiguração do objeto de intervenção, que não mais é voltado apenas para a cura dos sintomas, mas sim para o sujeito social e suas necessidades, levando em conta toda a conjuntura que o circunda. “Desse modo, impõe-se outra relação diferente com a saúde, relação essa potencializadora de uma nova compreensão quanto à disponibilidade e ao acesso aos bens e serviços essenciais para a promoção e o cuidado em saúde — entendida como direito”. (BOSI; 2014. P.131)

Diante dessas circunstâncias, houve a necessidade da criação de um espaço que poderia ter práticas inovadoras, que seriam os Caps, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando a internação em hospitais psiquiátricos. De acordo com Bisneto (2007), o Movimento da Reforma Psiquiátrica está presente até os dias atuais e é influenciado por teorias que pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional, sendo analisada pelas perspectivas críticas e dialéticas. O movimento abriu novas portas para o Serviço Social na saúde mental devido a formação política e social dos Assistentes Sociais e pela necessidade de esses profissionais estarem inseridos no campo dos serviços alternativos.

2.1.2. A implementação dos Centros de Atenção Psicossocial

Com as transformações decorrentes da Reforma Psiquiátrica e a alteração do paradigma psiquiátrico em relação ao adoecimento mental, houve mudanças significativas nas instituições voltadas para o tratamento em saúde mental (Campos; Zanello. 2017). Essas

mudanças se voltaram para a construção de um modelo de cuidado em saúde mental territorial, visando a reinserção do usuário em seu ambiente de convivência. Foi então que os Caps passaram a ser implementados e inseridos na gestão pública de saúde.

No que diz respeito às normas dos Caps, implementadas pela Política Nacional de Saúde Mental, optou-se por focar em duas portarias federais: a de nº 3088, de 2011 e a de nº 336, de 2002. Elas se voltam, respectivamente, para o padrão de atendimento profissional e para o funcionamento dos Caps.

A portaria nº 2088 (BRASIL; 2011) institui as Redes de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Durante todo o processo, o profissional tem a obrigação de zelar pelos direitos do usuário. Essencialmente, deve-se respeitar a autonomia do indivíduo, optando por sempre mantê-lo informado com clareza sobre todo o seu quadro clínico e respeitando sua decisão quanto ao repasse de tais informações para os respectivos acompanhantes.

A portaria nº 336 (BRASIL; 2002), por sua vez, regulamenta o funcionamento dos Caps, que são dispostos por ordem de porte/complexidade e abrangência populacional. Também devem ser constituídos em serviço ambulatorial de atenção diária, funcionando em área física específica em sua respectiva região e capacitados para atender unilateralmente as demandas; ou seja, nas chamadas Redes de Atenção Psicossocial (Raps), outros dispositivos de saúde – Santas Casas, Unidades Básicas de Saúde – podem encaminhar o indivíduo para o atendimento, como um familiar ou pessoas próximas podem buscar ajuda indo diretamente ao local.

Os regimes de tratamento dos Caps serão traçados dentro dos limites quantitativos mensais. Destacam-se os tipos:

- Intensivo, destinado a pacientes com quadro clínico que demande atendimento profissional diário;
- Semi-intensivo, realizado com pacientes que necessitam de atendimento frequente, mas não diário; e
- Não intensivo, que possui frequência de atendimento menor, de acordo com seu quadro clínico.

Os Caps, portanto, formam uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais em seus municípios. Cabe a eles a prestação de atendimento clínico em atenção diária ou integral (24 horas), de forma a evitar a internação dos pacientes em hospitais psiquiátricos (Ferrari, Hermínio, 2019). Esse atendimento deve zelar pela autonomia do indivíduo e fortalecer seus laços sociais.

Em ordem crescente, as modalidades de serviço definidas pela portaria 336/2002 são: Caps I, Caps II e Caps III. Essas modalidades devem estar preparadas para o atendimento prioritário de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL; 2002).

Caps I: Possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Caracteriza-se, pela organização da demanda e da rede de cuidados voltados para a saúde mental em sua área de abrangência; pela supervisão e capacitação de suas equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; pela elaboração e atualização do cadastro dos pacientes que utilizam medicamentos para uso tanto em prol da saúde mental, como para fins excepcionais; dentre outras características.

Caps II: Com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, o Caps II possui as mesmas características e atividades atribuídas ao Caps I e mencionadas acima,

Caps III: Com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, a característica diferencial entre o Caps III e aqueles descritos acima é sua prestação de atenção contínua de atendimento ambulatorial, durante 24 horas todos os dias, incluindo feriados e finais de semana. Portanto, apenas o CAPS III está associado a um serviço de atendimento de urgência ou emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

Caps i: se volta para o atendimento de crianças e adolescentes e destina-se a uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional que se defina pelo gestor local. Atribui-se ao CAPS i II as mesmas características destinadas aos Caps I e II, incluindo-se um serviço ambulatorial de atenção diária para crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Caps AD (Álcool e Drogas): Se volta para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. A característica diferencial deste serviço de atenção psicossocial é sua constituição em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local. Por trabalhar com substâncias como álcool e outras drogas, este também coordena atividades de supervisão de serviços de atenção voltados a usuários de drogas, fazendo articulação com o Conselho Municipal sobre Drogas. Também são prestados atendimento de desintoxicação e atividades comunitárias para a integração do dependente químico na comunidade.

É válido lembrar que, mesmo que um município contenha população superior a 200.000 habitantes, ele pode ter um Caps de modalidade inferior, pois depende de vários fatores como a disponibilidade da verba direcionada ao mesmo, que vem uma parte do município e outra do Ministério da Saúde; e a demanda de determinado município a ser definida pela necessidade de atenção aos quadros de transtornos. Todos os Caps possuem suas equipes compostas por profissionais de nível superior, sendo eles psiquiatras e profissionais com formação em saúde mental, enfermeiros com formação em saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, profissionais necessários ao projeto terapêutico; e de nível médio: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais e artesãos.

Esses profissionais, trabalhando em conjunto, prezam pela ressocialização do indivíduo, pela recuperação de sua autonomia e, junto do projeto terapêutico singular elaborado por toda a equipe, se amparam na perspectiva da reabilitação social, tendo a desinstitucionalização como desafio (Campos; Zanello. 2017). Como mecanismo de ingresso, destaca-se o acolhimento aos usuários, realizado pela demanda espontânea por profissionais não específicos, responsáveis por realizar o primeiro contato entre o serviço de saúde mental e o usuário que dele necessita, momento em que é explicado o tratamento ofertado pela instituição e realizada a marcação de atendimento com outros profissionais, a depender da demanda do indivíduo.

A maior ‘marca registrada’ dos Caps é a realização das oficinas terapêuticas como parte do tratamento. Existem várias modalidades e o principal objetivo é realizar o momento terapêutico em grupo, visando acompanhar de forma espontânea as demandas e vivências dos usuários que ali se inserem.

2.2. *Correlação entre gênero e saúde mental*

Uma pesquisa realizada por Campos e Zanello (2017) teve como objetivo estudar o perfil sociodemográfico de pacientes em um Caps de uma capital brasileira. Constatou-se que grande parte dos diagnósticos de mulheres apresentava relação direta entre seu sofrimento e questões de vulnerabilidade social, sendo as mais afetadas mulheres negras, semianalfabetas e com profissões desqualificadas (donas de casa e/ou trabalhadoras domésticas). Foram analisados os prontuários dos pacientes ali inseridos entre os anos de 2012 e 2013, sendo 169 mulheres e 65 homens.

Na análise quantitativa, o perfil dos usuários era similar: a faixa etária predominante era de 35 a 54 anos tanto para homens como para mulheres. Entre 37 e 38% eram casadas(os) ou residiam com os companheiros(as). 48% do total de mulheres e homens eram mães e pais. Já em relação a renda e ocupação, 58,6% das mulheres declararam trabalhar em ambiente doméstico, de forma remunerada ou não, e 56,9% dos homens estavam desempregados ou não trabalhavam.

Na análise qualitativa dos prontuários, notou-se que os temas mais recorrentes de sofrimento mental entre as mulheres foram relacionados a relações maternas, geralmente envolvendo ruptura com filhos, após brigas, perda ou envolvimento dos filhos com drogas.

Expressões como “dificuldades no cuidado com os filhos”, “desejo de matar os filhos”, “depressão pós- parto após o nascimento do primeiro filho”, “pensamento de agressividade com a filha”, “queixa de que os filhos não lhe dão atenção suficiente e não aceita que eles sejam independentes”, “início dos sintomas após o falecimento da filha”, dentre outras, foram recorrentes nos prontuários das mulheres. A relação com a mãe aparece em quase todos os prontuários das mulheres, ora como dor da perda (morte), ora como relação conflituosa. Outra questão que parece contribuir para o sofrimento psíquico intenso das mulheres refere-se à conjugalidade, expressa como: “medo do ex-companheiro matá-la”, “marido a encarcerava”, “vontade de matar o marido”, “queixa-se de solidão em relação ao marido”, “sente-se abandonada e humilhada pelo marido”, “afirma ficar com ele por causa dos filhos”. Tais expressões confirmam a hipótese da relação entre conjugalidade e sofrimento. (CAMPOS; ZANELO. 2017; P. 71)

Em contraponto, as questões supramencionadas aparecem raramente nos prontuários dos homens. “As mulheres aparecem nos prontuários dos homens como cuidadoras dos maridos que adoecem e/ou mães cuidadoras de seus filhos que enlouquecem” (Idem).

A questão da vida laboral é mencionada por homens e mulheres, porém, de formas diferentes. A questão da sobrecarga advinda da associação entre as esferas produtiva e reprodutiva foi relatada apenas por mulheres, enquanto o maior sofrimento dos homens relacionado ao labor foi sobre o desemprego, a dificuldade em manter o lar e a família, a sexualidade masculina hegemônica, etc. Constrói-se sobre a imagem da mulher o que Zanello (2015; P. 239) denomina como sendo o dispositivo amoroso, que é a ideia de que a mulher deve renunciar suas individualidades, desejos e sua autonomia para viver pelo amor do outro, que torna a depressão uma condição inerente à existência feminina.

É o retrato da prescrição socialmente destinada ao “ser mulher”: devem ser dóceis, amorosas, devotadas, recatadas e, sobretudo, amantes. A exigência social para que cumpram este padrão preestabelecido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-as em uma vivência de impotência, apagada.

De acordo com Santos e Diniz (2018. P. 39):

Tanto as condições orgânicas, quanto, principalmente, as realidades sociais às quais as mulheres estão submetidas, favorecem um ambiente interno propício a uma maior ocorrência de problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e transtornos associados ao ciclo reprodutivo [...] as mulheres são mais acometidas por transtornos afetivos, ansiosos, dissociativos e alimentares que os homens. A bulimia chega a atingir, por ano, 28,8 em cada 100.000 mulheres e apenas 0,8 em cada 100.000 homens.

As autoras mencionam que o ambiente doméstico em que muitas mulheres passam a maior parte de suas vidas pode ser um fator de risco no que diz respeito à saúde mental, principalmente quando essas mulheres são atingidas pelas desigualdades sociais.

Zanello, Fiuza e Costa (2015; P. 239) apontam a importância de mencionar a relação entre gênero e saúde mental, pois, segundo elas, a própria experiência do sofrimento psíquico é uma construção social que também se constitui através das relações de gênero. As autoras apontam que “o sofrimento (e a reação a ele) é construído socialmente e moldado segundo os valores e ideais estereotipados de gênero, havendo caminhos privilegiados (porém não excludentes) de subjetivação (distintos) para homens e mulheres, os quais se tornam evidentes na expressão do adoecimento psíquico.”

Segundo as autoras, o fato de mulheres buscarem os serviços de saúde mental mais do que homens aponta o fato de que nestes ambientes, elas se sentem mais capazes de expressar suas subjetividades, ou seja, suas individualidades reprimidas em seu cotidiano. Além disso, toda a construção social acerca da imagem de um homem forte, viril, determinado, bruto, “o homem que não chora, provedor da família” acaba gerando barreiras que dificultam a aceitação

de seu quadro de sofrimento mental, pela ideia de que o seu adoecimento é visto como fraqueza. A própria ideologia de repressão do machismo oprime os homens, posto que o ideal de homem que deve dar conta de tudo o tempo todo implica no seu adoecimento.

Vale ressaltar que, mencionada anteriormente, a maternidade para as mulheres implica em total amor e dedicação ao filho e, conseqüentemente, aos trabalhos domésticos que envolvem o cuidado com o bem-estar familiar. Já a paternidade, segundo Zanello (2014), para os homens está atrelada a imagem de provedor, relacionada à virilidade laboral, de produção. Caso o homem não seja capaz de prover para seu filho, entra em estado de sofrimento por não atender as demandas impostas socialmente a ele. Ou ele é provedor, ou não é nada.

Considerando os pontos supracitados nota-se uma evidente diferenciação entre o adoecimento mental de homens e mulheres. Enquanto para as mulheres os dispositivos capitalistas e patriarcais de casamento, maternidade e, sobretudo o amoroso, implicam em seu silenciamento, na sua submissão e as colocam na situação de sofrimento; para os homens, a exploração capitalista torna o trabalho como única forma de manter sua imagem de provedor, associado diretamente à sua virilidade e a seus valores.

Segundo Zanello (2016) a tendência do sistema de saúde em reforçar os papéis sociais e as relações patriarcais acarreta na invisibilização das questões de gênero no adoecimento psíquico, o que acarreta na intensificação do sofrimento e na incompreensão por parte dos dispositivos de saúde mental.

Além da questão de gênero, também compõe a lógica social o debate sobre racismo estrutural e racismo institucional, perpetrados pelo modo de produção capitalista e pelo patriarcado. Por isso, as instituições, por reproduzirem as relações sociais, são patriarcais e racistas em seu funcionamento geral, como parte constituinte do Estado. Segundo Almeida (2018), o racismo institucional diz respeito à dinâmica de funcionamento das instituições e a configuração das desvantagens e dos privilégios que são designados a partir da raça. As instituições são como modelos de orientação do comportamento da sociedade e a forma como elas se configuram afeta diretamente a sociedade, que apresenta no cotidiano ações racistas. Portanto, racismo institucional é aquele que é estabelecido através de mecanismos institucionais que facilitam a hegemonia de certos grupos raciais sobre outros.

Já o racismo estrutural, segundo o autor, diz respeito à expressão das desigualdades no âmbito político, jurídico, econômico e social, é resultante do processo histórico e político,

enraizado na estrutura da sociedade. O racismo estrutural faz parte da formação sócio-histórica brasileira como fundador das relações sociais, em que as desigualdades raciais são naturalizadas dentro da própria luta da classe trabalhadora

No âmbito da saúde mental, reconhecer a relação entre gênero, raça, classe e o sofrimento mental significa trazer à luz novas perspectivas de escuta, acolhimento e um tratamento mais específico e permanente, bem como um modelo de intervenção social que leve em conta as dimensões objetiva e subjetiva em que o indivíduo se insere, visando se desvincular da lógica do racismo e patriarcado institucionais.

CAPÍTULO III – Afinal, como a prática dos trabalhos domésticos e de cuidados na pandemia se relaciona com a saúde mental das mulheres?

Não pretendemos no espaço deste TCC oferecer respostas ao questionamento tão complexo feito neste capítulo, mas iniciar ou dar continuidade e visibilidade a este debate sob a perspectiva feminista e no âmbito do Serviço Social. Para isso, foi realizada uma pesquisa em um dos Caps localizados no território do Distrito Federal, no primeiro semestre de 2022, com as mulheres que constituíam naquele momento a oficina terapêutica e de geração de renda intitulada *grupo de bazar*, conduzida por uma das assistentes sociais da instituição.

É importante ressaltar o diferencial de que este grupo de bazar visa não só discutir os transtornos, doenças ou sofrimento das mulheres ali inseridas; mas também proporcionar uma mudança de sua realidade social, através da geração de renda, ao mesmo tempo em que as incentiva a buscarem sua própria autonomia e preparo para o mercado de trabalho, iniciando com o trabalho realizado no grupo, posto que cada uma tem suas tarefas delimitadas.

Como mencionado anteriormente, a participação da comunidade é um importante processo na ressocialização e na construção do tratamento em saúde mental. O grupo também busca promover a socialização através do bazar, convidando parte da comunidade que não está inserida em tratamento de saúde mental a vir conhecer o espaço e consumir os produtos ali vendidos, o que possibilita criar relações da comunidade local com os sujeitos inseridos na instituição.

Antes de aprofundar o debate, é válido refletir a respeito de termos frequentemente utilizados quando se trata de saúde mental, como loucura, saúde, doença mental, sofrimento psíquico, etc. Zgiet (2010; P. 44) pontua a existência de conceitos difusos no que diz respeito aos transtornos mentais e sofrimento psíquico. Para ela, o uso do termo “loucura” passou a ser estigmatizado, principalmente pelas mídias sociais e é utilizado em nosso cotidiano “para abordar situações que, em geral, dizem respeito a circunstâncias de exaltação, alegria, paixões, atitudes que exigem coragem e afins, e, outras vezes, para caracterizar atos de violência, crimes, acidentes”. O termo tem uma conotação ainda mais estigmatizada em relação às mulheres, sendo historicamente justificativa para controle de suas ações e corpos.

A autora menciona a importância de não equiparar loucura a sofrimento psíquico ou transtorno mental, posto que nem toda loucura deve ser submetida a intervenção, a não ser que gere sofrimento.

O termo “transtorno” é mais amplo que “doença”, pois não restringe o fenômeno negativo ao campo de intervenção da saúde, tornando-o um processo social. Nesse sentido, os termos “loucura” e “louco” expressam muito menos estigma e negatividade que os outros, muitas vezes considerados politicamente corretos. Por outro lado, ao se adotar os termos “doença”, “transtorno” e “sofrimento”, retira-se em grande parte a culpa da pessoa por sua condição e transfere-se uma porção de piedade ao sujeito a que se refere. (Zgiet; 2010. P. 45)

Portanto, é necessário ter cautela ao empregar certos termos, posto que muitas vezes, ao limitar uma pessoa ao seu transtorno ou sofrimento psíquico, pode ocorrer a invisibilização dos determinantes que a levaram aos serviços de saúde mental.

No momento da aplicação do instrumental de pesquisa, estavam presentes 08 mulheres, que responderam às perguntas de um questionário (Apêndice 01) de forma oral e coletiva, como instrumento para fomentar uma discussão entre elas, os comentários feitos ao longo da aplicação do instrumental foram anotados para posterior análise.

Quanto ao perfil das participantes, questionadas a respeito de sua raça, seis se autodeclararam pardas e duas negras. Cinco mulheres tinham idade entre 41 e 50 anos, duas entre 31 e 40 anos e uma tinha entre 18 e 30 anos. A respeito da renda para sua manutenção, nenhuma das participantes trabalhava fora, porém seis afirmaram serem chefes de família, ou seja, principais provedoras de suas residências e duas alegaram depender da renda de terceiros. Seis delas recebiam algum benefício do governo, porém, o de apenas uma era permanente, o Benefício de Prestação Continuada. As outras cinco recebiam auxílios pontuais e temporários, dentre eles o Auxílio Emergencial, implementado na pandemia, o novo Auxílio-Brasil e alguns benefícios disponibilizados pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) da região.

Nenhuma das participantes era casada ou residia com companheiro(a), porém, três delas alegaram terem se separado de seus respectivos companheiros durante o período da pandemia; uma delas afirmou morar sozinha e sete residiam com terceiros, sendo a maioria pais, mães, filhos(as), netos(as), irmãs(os), sobrinhas(os).

Portanto, o contexto de crise trouxe preocupações também financeiras para a maioria das mulheres participantes, posto que seis delas afirmaram serem chefes de família e nenhuma delas reside com companheiro(a), necessitando fazer parte do mercado de trabalho e realizando ocupações muitas vezes informais e precarizadas.

Logo de início, foi possível reforçar a ideia trazida ao longo desta pesquisa, de que a pandemia alterou as relações sociais, principalmente de trabalho, na sociedade. Artigo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) no ano de 2021 demonstrou como as desigualdades associadas a sexo e raça/cor no mercado de trabalho foram aprofundadas pela crise da pandemia. Dados comparativos em relação ao primeiro trimestre do ano de 2019 demonstram que a taxa de ocupação entre mulheres era de 46,2%, enquanto de homens era 64,8%. O mesmo período no ano de 2020 apresentou queda brusca na ocupação, sendo 39,7% mulheres e 58,1% homens.

Este fato é reforçado por dados publicados pela ‘Gênero e Número’ e ‘SOF SempreViva Organização Feminista’, no ano de 2020, que demonstram que o período de isolamento social colocou em risco a sustentação da casa de 40% das mulheres entrevistadas, sendo 55% mulheres negras. A insegurança financeira por si só já acarreta uma carga mental para as mulheres, principalmente para as entrevistadas que declararam ser as principais provedoras de sua residência.

Foram as mulheres chefes de família negras em trabalhos informais que mais estiveram expostas as profundas consequências do isolamento social. Ficar em casa e se proteger não foi uma opção para essas mulheres, uma vez que sua renda estava em risco e por conseguinte a reprodução de sua família. (MUNIZ; 2021. P. 6)

Conforme evidenciado pela pesquisadora supramencionada, as mulheres acumularam diversas tarefas no âmbito familiar e, atualmente, muitas delas ainda acumulam o lugar de chefes de família, ocupando a função produtiva e reprodutiva em suas residências. Portanto, nota-se que, além da sobrecarga dos trabalhos domésticos e de cuidados, essas mulheres assumem o papel de provedoras.

A respeito de seu tempo de tratamento no Caps, duas das participantes informaram ter ingressado há um ou dois anos, enquanto as outras seis realizavam tratamento na instituição há mais de dois anos. A respeito da ocorrência da pandemia, todas elas declararam a intensificação de seu quadro de adoecimento mental, principalmente no período de isolamento social. As questões mais mencionadas por elas foram a perda de emprego, seu adoecimento e adoecimento

de seus familiares, separação, o estresse do isolamento social, o fechamento dos Caps e outros serviços que auxiliavam em sua saúde mental, o sofrimento mental de seus familiares e o aumento de suas medicações.

No período em que os Caps estiveram fechados, no pico da pandemia, as mulheres relataram a dificuldade em encontrar outros espaços e tarefas que auxiliassem em seus momentos de crise e ansiedade. Este relato corrobora acontecimentos abordados no Capítulo 2, o qual menciona a importância dos Caps como mecanismo de reconhecimento e humanização das demandas apresentadas. Santos (2009. P. 1180) traz à luz o fato de que, dada a constante exclusão social de pessoas que realizam tratamento em saúde mental, o Caps constitui “espaço de tratamento e de sociabilidade, lugar em que se estabelecem relações sociais novas e alternativas de reinserção social. Sobretudo, para estes sujeitos, o Caps se configura como a primeira alternativa de participação na esfera pública”.

Quanto ao trabalho de cuidado, três delas declararam ter de cuidar de alguém em casa e afirmaram que gastam o dia inteiro nestas tarefas. Dentre as atividades de cuidados, destacaram-se na fala delas: o cuidado com crianças pequenas, fossem filhos próprios ou de outros familiares que seguiram trabalhando normalmente durante a pandemia; o cuidado em relação ao sofrimento mental de seus filhos, que se intensificou no período de isolamento social; e o cuidado com idosos. A respeito dos trabalhos domésticos, todas elas afirmaram realizar tarefas no âmbito doméstico, como lavar e passar roupas, limpar a casa inteira, cozinhar para a família, recolher o lixo, arrumar camas etc. Todas declararam que costumam dedicar-se durante o dia inteiro a estas atividades.

No Brasil, metade das mulheres passou a exercer algum trabalho de cuidados durante a pandemia de Covid-19 (SEMPREVIVA, 2020. P. 5), “a sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado foi uma das questões que as mulheres sentiram logo que as medidas de isolamento social foram iniciadas nos municípios brasileiros”. 41% das mulheres que continuaram trabalhando durante a pandemia relataram maior carga de trabalho neste período.

Segundo Muniz e Costa (2021), outro fenômeno observado é a invasão da esfera produtiva na esfera reprodutiva, pois o isolamento social levou alguns contingentes de trabalhadoras, em empregos formais e com alguma estabilidade, a trabalharem de casa e outros a sequer ter o direito de interromper as atividades produtivas com a manutenção de sua renda. Com uma parcela da sociedade trabalhando em regime remoto, milhares de homens passaram a estar em casa em tempo integral, porém, não sofreram tantos impactos quanto as mulheres no

âmbito reprodutivo. Portanto, o impacto destas tarefas atingiu significativamente as mulheres, fossem elas trabalhadoras formais, informais ou donas de casa, entretanto, considerando uma maior intensidade do fenômeno na medida da interseccionalidade entre gênero, raça e classe social.

No caso das participantes, todas notaram que houve a intensificação dos trabalhos domésticos e de cuidados durante a pandemia, destacando-se principalmente o fato de ser necessário maior cuidado com limpeza de casa, roupas, compras. Além disso, algumas destacaram que as crianças, principalmente filhos de outros familiares, passaram a ficar mais tempo em casa, com o fechamento de escolas e creches. Portanto, os pais dessas crianças tiveram de continuar trabalhando e, sem alternativas, delegaram esta função de cuidados a familiares mulheres que ficavam em casa durante seu horário de trabalho.

Todas as participantes da pesquisa afirmaram que a intensificação dos trabalhos domésticos e de cuidados afetou seu quadro de sofrimento mental. Também declararam estarem estafadas de todas as atividades, relataram que o próprio contexto de crise desencadeou um estado de exaustão mental nelas e em seus familiares, que passaram a exigir cuidados também na área de saúde mental, e algumas relataram que a dificuldade em manter a família financeiramente intensificou seu quadro de adoecimento.

Conforme o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, da Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), os múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres, juntamente com a vivência cotidiana das desigualdades de gênero, articulados com a desigualdade racial, acabam por propiciar maiores condições para que as mulheres desenvolvam transtornos mentais. No caso das mulheres entrevistadas, além de chefes de família e incumbidas dos trabalhos domésticos e de cuidados em suas próprias residências, com a delegação dos cuidados de seus familiares, o que já era uma sobrecarga mental acabou se intensificando com a pandemia.

Os resultados deste momento do questionário chamam atenção para o fato de que se trata de mulheres que, mesmo em situação considerada como “adoecimento”, ainda são incumbidas das tarefas domésticas e do cuidado. Como resultado, observa-se, segundo Soares e Costa (2021), que a pandemia introduziu novas tarefas, obrigações e formas de prevenção que antes não existiam, como a higienização de compras e sapatos que vêm da rua, lavagem de roupas e máscaras, dentre outras. Esse fator trouxe maiores responsabilidades e sobrecarga para as mulheres, que agora devem realizar novas funções e cuidar para que elas próprias ou seus familiares não adoçam. Isso gera ainda mais ansiedade para essas mulheres, posto que agora

as tarefas cotidianas devem ser realizadas com maior cautela e o sentimento de medo passa a surgir com maior frequência, dada a facilidade de transmissão do vírus.

Atrelado à pandemia, nota-se no discurso das participantes da pesquisa que muitos de seus familiares seguiram tendo de se deslocar diariamente para trabalhar durante o período de isolamento social. Com isso, as mulheres que passavam o dia em casa foram incumbidas de cuidar dos filhos de seus familiares, posto que as escolas e creches também estiveram fechadas. Portanto, as mulheres passaram a utilizar mais de seu tempo para realizar as tarefas domésticas e de cuidados. Souza, Souza e Praciano (2020) destacam como possíveis variáveis que possam comprometer a saúde mental das mulheres durante a pandemia a redução de atividades físicas e de lazer, consequência direta do isolamento social e do aumento do tempo dedicado aos trabalhos domésticos e de cuidados.

Torna-se importante e necessário questionar os determinantes sociais da saúde mental, posto que, conforme mencionado anteriormente, reforçado por esta pesquisa, observou-se relação direta entre o sofrimento das mulheres e as questões de vulnerabilidade social, sendo as mais afetadas mulheres negras, semianalfabetas e com profissões desqualificadas (donas de casa e/ou trabalhadoras domésticas). Estes fatores tendem a ser invisibilizados pelo patriarcado e racismo estruturais, que buscam, mesmo que sutilmente, reforçar o padrão de funcionamento hierárquico da sociedade (CAMPOS; ZANELLO. 2017).

Sabe-se que o contexto de crise evidencia e aprofunda as desigualdades geradas pelo sistema capitalista-patriarcal-racista. No caso dessas mulheres, ficou notória a reprodução dos princípios da divisão sexual do trabalho, pelos quais as mulheres dispõem de mais tempo (uso do tempo) para cuidar e realizar tarefas domésticas, sobrando menos tempo livre para que realizem atividades de lazer ou cuidados básicos. Se, por um lado, as mulheres, incluindo as que estão inseridas no mercado de trabalho, se veem ainda mais atarefadas; com o trabalho em regime remoto para algumas/ns trabalhadoras/es, milhares de homens passaram a estar em casa em tempo integral, porém, não experienciaram tamanho impacto no âmbito do trabalho doméstico e de cuidados quanto as mulheres. Portanto, o tempo dedicado a estas tarefas apenas mudou significativamente para as mulheres.

Considerando que a saúde mental leva em conta a conjuntura na qual o indivíduo se insere e sua posição social quanto a gênero, raça e classe, pode-se dizer então que a intensificação de quadros psíquicos e de sofrimento mental tem relação direta com determinantes sociais.

No caso das mulheres, a realização e responsabilização pelos trabalhos domésticos, intensificados durante a pandemia de Covid-19 é um determinante social importante e estrutural que afeta a saúde mental, conforme relatado pelas participantes. Além da intensificação dessas atividades, que atingiu a todas as mulheres, aquelas atendidas pelo Caps analisado, pobres e negras, além de representarem o perfil do público geralmente atendido pelos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde, foram atravessadas por sobrecargas adicionais. Por estarem na estatística do desemprego e(ou) da informalidade, foram demandadas como rede primária de cuidados para familiares, amigos e conhecidos a quem foi negado o isolamento social.

Para que haja o rompimento dessa lógica patriarcal e racista, deve-se buscar compreender o contexto social e cotidiano em que elas se inserem. Para isso, segundo Zgiet (2010. P. 49), é necessário integrar-se em equipe e buscar identificar as demandas com articulação não só entre os profissionais de saúde mental e as políticas públicas, mas envolver também essas próprias redes de solidariedade.

A comunidade, as famílias, organizações governamentais de diversos setores e organizações não governamentais passam a contribuir com a promoção da saúde mental e a fazer parte da rede. Essa contribuição pode acontecer de diversas formas: oferta de serviços (e, nesse caso, deve-se priorizar a ação estatal); encaminhamentos; troca de informações; participação em órgãos de controle das ações do Estado; incentivo à criação desses órgãos, caso não existam; luta pela garantia de direitos da população; denúncia de ações que contrariem a legislação; entre outras.

Profissionais de saúde mental devem levar então em consideração os fatores objetivos e subjetivos que determinam o estado mental das mulheres inseridas na instituição e articular entre si formas de promover a saúde mental de modo que leve em consideração todo o contexto no qual o indivíduo se insere, bem como vise sua ressocialização em comunidade. Nesse sentido, o Serviço Social se insere como forma de buscar uma intervenção mais assertiva sobre a realidade do indivíduo. É essencial que o/a assistente social analise a realidade social, da instituição e da população usuária para poder seguir e materializar os princípios éticos inseridos no Código de Ética do/a Assistente Social, e para compreender o entrelaçamento entre os determinantes sociais e a realidade posta ao usuário do serviço e intervir na mesma, dentro dos limites institucionais e profissionais, lembrando do debate trazido no capítulo anterior, que, mesmo que trabalhemos junto do Estado, este ainda é capitalista e, conseqüentemente, racista e patriarcal.

É válido considerar a atual conjuntura, permeada por constantes desmontes das políticas públicas, principalmente nos equipamentos de saúde e nas garantias para a população

vulnerável, provocados pelo atual Governo Federal. Os constantes cortes nos serviços de saúde mental e o descaso com a pandemia acarretou no crescimento progressivo de pessoas em sofrimento ou com transtorno mental. Por outro lado, não há recursos para atender o grande contingente da população que demanda de atenção na saúde mental e acolhimento perante sua situação de vulnerabilidade. Vivemos uma conjuntura sombria, cujos efeitos a longo prazo serão catastróficos e, possivelmente, irreversíveis.

Para além disso, é necessário compreender as implicações e manifestações deste sistema racista-patriarcal-capitalista na instituição sobre a realidade das pessoas que acessam a saúde mental no serviço público. Visando conscientizar a população, pode ser importante incentivar debates acerca do tema e garantir a representatividade em órgãos ou espaços coletivos de decisão, como forma de dar voz aos sujeitos silenciados, bem como inserir raça, gênero e classe social como fatores importantes em tomadas de decisões na saúde mental.

As análises e resultados dos impactos da pandemia nos trabalhos domésticos e de cuidados ainda são iniciais, posto que a conjuntura analisada é recente e ainda não se pode ter noção acerca dos impactos a longo prazo. Porém, com os dados e os fenômenos supramencionados, nota-se que houve um esgotamento ainda maior das mulheres trabalhadoras, principalmente das mulheres negras e pobres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda é prematura a análise das consequências da pandemia nas relações sociais, principalmente na divisão sexual do trabalho e na saúde, posto que a conjuntura permanece permeada pela crise e pela pandemia. Porém, é evidente que a pandemia atingiu todos os setores da sociedade, mas de maneiras diferentes.

Como fora abordado neste trabalho de conclusão de curso, os trabalhos doméstico e de cuidados são historicamente delegados às mulheres, graças a uma construção embasada na divisão sexual do trabalho. Existe a responsabilização das mulheres, que se sobrecarregam com tarefas reprodutivas, tanto remuneradas como não remuneradas, e acabam dispendendo mais tempo para realizá-las do que os homens.

A partir de estudo bibliográfico e da narrativa das mulheres que participaram do grupo focal, foi possível atingir o objetivo geral desta pesquisa. Notam-se as posições estruturais de privilégio existentes, sendo o grupo de mulheres negras, desempregadas e trabalhadoras informais o mais afetado negativamente. É possível pontuar que, mesmo que os homens também estejam vivenciando o aprofundamento de seu sofrimento dado o contexto de pandemia, ainda assim são as mulheres que se sobrecarregam com os trabalhos no âmbito doméstico, de cuidados e reprodutivo, muitas vezes somados à responsabilidade de manter financeiramente a família.

As mulheres são incumbidas de tarefas produtivas e reprodutivas, somadas à necessidade da atenção em sua saúde mental e a de seus familiares, mesmo que algumas dessas mulheres tenham a presença de homens (pai, tio, avô, irmãos) em casa. Por isso, compreender no campo do Serviço Social a estrutura social em que essas mulheres se inserem é essencial para alcançar uma intervenção condizente com a sua realidade. No contexto da pandemia de Covid-19, identificou-se um agravamento na sobrecarga das mulheres (pobres e negras) atendidas no serviço público de saúde mental do DF estudado. Além da intensificação dos trabalhos domésticos e de cuidados impostas pela própria crise sanitária, elas foram demandadas como rede primária de cuidados para familiares, amigos e conhecidos a quem foi negado o isolamento social.

A ausência de políticas públicas e forma de perpetuar a percepção de que os trabalhos domésticos e de cuidados são questões privadas, acarretam no silêncio ensurdecido de mulheres que sofrem com a sobrecarga dessas tarefas cotidianamente. Não há garantia alguma

para as mulheres que dedicam suas vidas aos trabalhos domésticos e de cuidados e, pela ausência de tempo, elas não são capazes de participar ativamente em debates ou manifestar suas condições de trabalho explorado.

O ambiente doméstico em que muitas dessas mulheres passam grande parte de seu tempo pode ser um agravante na saúde mental, principalmente quando elas são atingidas pelas desigualdades sociais, no caso de mulheres negras e periféricas, que foram as mais afetadas, conforme dados mencionados.

Os objetivos específicos propostos também foram atendidos, na medida em que se pontuou como a divisão sexual do trabalho está na base da responsabilização material e simbólica de mulheres pelos trabalhos reprodutivos. Realidade que pouco se altera, mesmo com o processo massivo de feminização do mercado de trabalho a partir da década de 1970 no Brasil, movimento que encontra retração no momento de crise sanitária, política, social e econômica.

A hipótese inicial, de que a prática dos trabalhos domésticos e de cuidados durante a pandemia intensifica o quadro de sofrimento psíquico das mulheres inseridas no serviço de saúde mental foi confirmada, partindo do ponto de que todas as participantes relataram estarem mais exaustas com essas atividades desde o início da pandemia, bem como estudos relatam que as mulheres tendem a desenvolver transtornos e sofrimento psíquico na medida em que são incumbidas das tarefas domésticas e de cuidados

Portanto, a intensificação dos trabalhos doméstico e de cuidados durante a pandemia é um determinante social importante a ser considerado no que diz respeito à saúde mental das mulheres. A conjuntura passou a explorar ainda mais dos trabalhos exercidos historicamente por mulheres, por isso, com a intensificação desses trabalhos, a saúde mental delas foi ainda mais prejudicada.

Ainda a respeito da saúde mental, considerou-se importante citar a inserção dos Centros de Atenção Psicossocial como modelo e forma central de tratamento. No caso das mulheres participantes da pesquisa, nota-se a importância da instituição em seu discurso quando elas relatam terem tido agravos significantes em sua saúde mental por conta da impossibilidade de utilização do Caps no período de isolamento social.

É possível concluir que o tratamento realizado nos Caps preza pela recuperação da autonomia e da humanização do indivíduo, criando um vínculo saudável entre profissionais e pacientes, apesar de seguir a lógica de reprodução do sistema patriarcal-racista-capitalista,

presente estruturalmente em todas as instituições. Isso não quer dizer que não se deva tentar romper com essa lógica. É necessário, neste sentido, levar em conta a influência dos determinantes sociais nos quadros de saúde mental, articulando as dimensões objetiva e subjetiva, a conjuntura na qual os sujeitos se inserem e sua posição social quanto a gênero, raça e classe, entre outros marcadores.

Apesar de haver pesquisas e debates relevantes acerca do tema abordado, dado o fato de que as consequências da crise durante a pandemia somente serão mais bem observadas a médio e longo prazo, pretendeu-se trazer elementos iniciais ao debate acerca das relações de gênero, raça e saúde mental durante a pandemia. A correlação entre gênero e saúde mental é inesgotável, posto que há diversas dimensões a serem analisadas. As mulheres constituem um dos grupos mais afetados pelas desigualdades estruturais construídas por uma sociedade patriarcal, racista e capitalista, e grande parte das demandas da profissão das assistentes sociais provém deste grupo.

Posto que as mudanças societárias decorrentes da pandemia ainda estão ocorrendo, para futuras pesquisas pode ser importante analisar os impactos da realização dos trabalhos domésticos e de cuidados a longo prazo. Avaliar quais mudanças ocorreram na divisão sexual do trabalho e nas relações de gênero após o período intenso da pandemia pode ser um importante objeto de estudo futuro. Com a obtenção de maiores dados, será possível fazer um comparativo entre a saúde mental de mulheres e homens durante a pandemia, visando analisar o contraste das demandas de homens e mulheres nos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. (p. 2067- 2074).

ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica. **Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres**. Recife: SOS Corpo, Instituto Feminista para a Democracia, 2014.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Importância e motivação do Estado Brasileiro para pesquisas de uso do tempo no campo de gênero. **Revista Econômica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47-63, jun. 2010.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, 25 dez. 2015. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2007. (p. 31-63).

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; RICOLDI, Arlene Martinez. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 259-287, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100014>. Acesso em: 14 set. 2020.

COLLINS, Patricia H. **Se perdeu na tradução?** Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. *Parágrafo*. Jan/Jun, 2017. V. 5, nº1, 2017.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**. 2002. P. 171-188.

GÊNERO E NÚMERO; SEMPREVIVA ORG. FEMINISTA. **Sem Parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia**. 2020. Disponível em: <http://mulheresnapandemia.sof.org.br/>. Acesso em: 20 set. 2020.

HEISIG, J. (2011). **Who does more housework: rich or poor?** A comparison of 33 countries. *American Sociological Review*, 76(74), 74-99. Disponível em: <<http://asr.sagepub.com/content/76/1/74>>. Acesso em 20 de abril de 2022.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata. **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2010. p. 42-56. Disponível em: <<https://www.sof.org.br/cuidado-trabalho-e-autonomia-das-mulheres/>>. Acesso em: 14 set. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19**. 2020. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>>. Acesso em 03 nov. 2021.

KETZER, Patricia. **Como pensar uma Epistemologia Feminista? Surgimento, repercussões e problematizações**. Argumentos, Revista de Psicologia, Fortaleza, ano 9, n. 18, p. 95-106, jul-dez de 2017.

LORDE, Audre. Não existe hierarquia de opressão. In HOLLANDA, Heolisa Buarque (Org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

MARCONDES, Mariana M. **A divisão sexual dos cuidados: do welfare state ao neoliberalismo**. Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 91-106, jan./jun. 2012.

_____. YANNOULAS, Silvia Cristina. Práticas sociais de cuidado e a responsabilidade do Estado. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 13, p. 174-186, jan./jul. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/14222/8150>>. Acesso em: 21 set de 2020.

MUNIZ, M. E. G. Mulheres Chefes de Família e a Pandemia de Covid19: uma análise dos riscos e desafios sobre a renda e o cotidiano. In COSTA, A. C. **Mulheres, trabalhos e tecnologias: um “Museu de Grandes Novidades”?**. Universidade de Brasília. 2021.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. 1. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. **As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução**. Revista Aurira, Vol 3, No 2, ago/2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . A saúde mental pelo prisma da saúde pública. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001

PROBST, Elisiana; Ramos, Paulo. **A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho**. Revista Leonardo Pós Órgão de Divulgação Científica e Cultura do Instituto Catarinense de Pós-Graduação, vol. 1, nº 2, 2003.

RAMOS, Daniela Peixoto. Pesquisas de usos do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 861-870, set/dez. 2009.

SANTOS, L. **Donas de casa: donas da própria vida? Problematizações acerca do trabalho (in)visível e da saúde mental de mulheres (des)valorizadas**. (Tese de doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF). 2014.

SANTOS, Luciana Da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. **Saúde Mental de Mulheres Donas de Casa: Um Olhar Feminista-Fenomenológico-Existencial**, Psicologia Clínica, v. 30, n. 1, p.37-59, Rio de Janeiro-RJ, 2018.

SOARES, Laís Chiareli de Souza. Mulheres, cuidado e trabalho doméstico em tempos de isolamento social: a narrativa de coletivos do Distrito Federal. In: COSTA, A. C. **Mulheres, trabalhos e tecnologias: um “museu de grandes novidades”?**. Universidade de Brasília. 2021.

SOJR, Bila; FONTES, Adriana; MACHADO Danielli Carusi: **Políticas e Práticas de Conciliação entre Trabalho e Família no Brasil**, Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p. 573 – 594, set/dez/2007.

SOJR Bila. Trabalho doméstico e de cuidados: novos desafios para a igualdade de gênero no Brasil. In: SILVEIRA, Maria Lucia da e TITO, Neuza (orgs.). **Trabalho doméstico e de cuidados: Por outro paradigma de sustentabilidade da vida humana**. São Paulo, Sempreviva Organização Feminista, 2008. P. 77-91.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; SOUZA, Gustavo Fonseca de Albuquerque; PRACIANO, Gabriella de Almeida Figueredo. Women's mental health in times of COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 659-661, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000300001>.

TRONTO, Joan C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.p. 186-204.

World Economic Forum. **Global Gender Gap Report 2021**. Disponível em: <<https://www.weforum.org/reports/ab6795a1-960c-42b2-b3d5-587eccda6023>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jader; MACEDO, João Paulo; DANTAS, Candida. (Org.). Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais. 1ed.São Paulo: Intermeios Cultural, 2016, v. 1, p. 223-246.

ZANELLO, Valeska.; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto. Facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**. v. 27, n. 3, 2015.

ZANELLO, Valeska; CAMPOS, Ioneide. SAÚDE MENTAL E GÊNERO: O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A INVISIBILIDADE DAS VIOLÊNCIAS. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 48, p. 105-117, 7 mar. 2017.

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. 156f. 2010. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

APÊNDICE

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

Pesquisa: “Trabalho doméstico e de cuidados na saúde mental durante a pandemia: perspectiva de mulheres inseridas em Caps no DF”

Orientadora: Prof^a Anabelle Carrilho

Estudante: Laís Chiareli de Souza Soares

Data: ___/___/___

Local de realização do grupo focal:

Quantidade de participantes:

QUANTAS DE VOCÊS

1. se consideram:

a. () brancas b. () pardas c. () negras d. () indígenas

2. possuem idade entre:

a. () 20-30 anos b. () 31-40 c. () 41-50 d. () 51-60

e. () mais de 60 (idade máxima:)

3. a. trabalham fora ()

b. recebem algum benefício ()

c. são chefes de família?

d. dependem da renda de terceiros ()

4. São casadas ou moram com o(a) companheiro(a)? ()

5. Moram sozinhas? ()

7. Moram com outras pessoas? ()

Se houver, com quem moram?

8. vocês entraram no Caps há:

- a.** () um-dois anos **b.** () mais de dois anos

9. Quantas de vocês consideram que a pandemia:

- a.** () piorou a saúde mental **b.** () não fez diferença na saúde mental

Comentários:

10. Quantas de vocês têm que cuidar de alguém em casa ou fazer as atividades domésticas, ou os dois? ()

Que tipos de atividades?

12. acreditam que essa intensificação dos serviços de cuidar e realizar os trabalhos domésticos afetou na saúde mental de vocês?

- () Sim () Não

Se sim, como?

13. Gostariam de fazer algum comentário ou relatar alguma experiência vivenciada durante ou antes da pandemia?