



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

NAYRA DANYELLE BATISTA DA SILVA

**HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS:
PRODUÇÃO DE SENTIDOS DO CUIDADO E (RE) CONHECIMENTO DA
MASCULINIDADE.**

**TERESINA - PI
2019**

NAYRA DANYELLE BATISTA DA SILVA

**HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS:
PRODUÇÃO DE SENTIDOS DO CUIDADO E (RE) CONHECIMENTO DA
MASCULINIDADE.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de mestra em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. João Paulo Sales Macedo.

TERESINA - PI
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S586h Silva, Nayra Danyelle Batista da.
Homens cuidadores de pessoas com transtornos mentais :
produção de sentidos do cuidado e (re)conhecimento da
masculinidade / Nayra Danyelle Batista da Silva. – 2019.
128 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –
Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.
“Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo”.

1. Transtornos mentais. 2. Masculinidade. 3. Identidade de
gênero. I. Título.

CDD 362.2

NAYRA DANYELLE BATISTA DA SILVA

**HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS:
PRODUÇÃO DE SENTIDOS DO CUIDADO E (RE) CONHECIMENTO DA
MASCULINIDADE.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de mestra em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. João Paulo Sales Macedo.

Aprovada em: 03. 05. 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^o João Paulo Macedo (UFPI)
Orientador

Prof. Dra^a Edna Maria Joazeiro Goulart (UFPI)
Examinadora Interna do Programa

Prof. Dra^a Andrea Rufino Cronemberger (UESPI)
Examinadora Externa ao Programa

AGRADECIMENTOS

Todo janeiro era aperreado. Na matemática dos cálculos, tudo era vezes dois. Meus pais não tiveram as mesmas oportunidades que eu tive. Minha mãe terminou o ensino médio comigo ao lado. Meu pai começou trabalhar muito cedo. Não posso deixar de reconhecer o esforço e a dedicação dos mesmos para deixar a educação como maior herança.

As palavras, pensamentos e contribuições teóricas aqui debatidas são frutos da maior demonstração de amor dos meus pais: o privilégio de estudar. Essas linhas escritas entre todas as particularidades pessoais que carrego, são dedicadas às duas pessoas mais incríveis que conheço no mundo: Milton Campelo da Silva e Maria Sônia Batista da Rocha. Sou mais um “Silva” do interior do Piauí tornando-se mestre.

Pensar nos meus pais é também pensar no amor de Deus. A quem agradeço por todas as escolhas acertadas ao colocar pessoas/anjos tão essenciais na minha vida. Sem a certeza no plano maior Dele, não teria chegado aqui.

Agradeço a professora Lila Cristina, a “Luz” da minha passagem pela graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Piauí. Grata pelo convite para iniciar na pesquisa científica e por me incentivar a seguir neste caminho. Inspiração de humanidade e conhecimento.

À UFPI, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, em especial as professoras Lúcia Rosa, Simone Guimarães e Maria do Rosário, pela forma que transmitem, com maestria, todo o conhecimento.

Às professoras das bancas de qualificação e de defesa da dissertação, Profa. Edna Maria Goulart e Andrea Cronemberger pelos direcionamentos e contribuições ao longo desse processo.

Ao meu orientador, João Paulo Macedo, por todos os direcionamentos, pontuações e seu conhecimento, fatores essenciais para construção dessa dissertação.

Aos 15 cuidadores que se disponibilizaram em contribuir com esse estudo. Gratidão a todos pela aula de cuidado e dedicação. Sem dúvidas suas falas mudaram a perspectiva do meu olhar com relação ao cuidado desempenhado por vocês.

À minha irmã, CrysNayara Batista, por todo amor, apoio, cuidado e pelas palavras de incentivo. Você é a minha maior apoiadora. Obrigada por todas as vezes que você me lembrou de que era capaz de finalizar esse processo.

Aos meus amigos que são verdadeiros irmãos de alma. Obrigada por me ouvirem, por segurar as lágrimas, pelos abraços e por todas as palavras de incentivo. Eu amo infinitamente

vocês: Jéssica Pinheiro, Felipe Sepulveda, Betina Barros, Tamara Campelo, Larissa Rocha, Gabriela Rodrigues e Mercia Silveira, especialmente vocês por serem ouvidos tão atentos e preocupados. Agradeço todos que não foram citados nominalmente, mas são seres iluminados e tão importantes na minha vida.

Às amigas feitas durante a pós-graduação. Obrigada por dividir as angústias e serem pessoas de luz e sem competitividade: Tayla Natureza e seu pequeno Nicolas, Violeta Noletto e o jardim imenso que guarda no coração, Juscyslayne ou apenas Juscys. Muito obrigada.

A toda minha família, pela admiração, por vezes, excessiva. Amo cada um de vocês. Ao meu avô Bartolomeu Batista (*In memoriam*), que um dia me disse “você vai ser grande”. Ao meu padrinho, José Wilson (*In memoriam*), jamais esquecerei a sua comemoração quando ingressei na UFPI.

Enfim, agradeço a pessoa que me tornei ao longo desses dois anos. A vida não para enquanto você tem que escrever. As questões pessoais, emocionais e de saúde não podem ser controladas. Os prazos? Eles existem independentes de tudo isso. Desse modo, agradeço todas às vezes que me perdoei e entendi as dificuldades que existiram durante esse processo de escrita.

Aos meus pais, com toda admiração e amor.

Algumas pessoas respiram

Outras inspiram

As que respiram

Edificam somente a si

As que inspiram

Edificam o mundo

E por elas tenho fé

Que tudo pode melhorar

(Manoel de Areia)

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo geral investigar as formas de cuidado exercidas por homens junto a pessoas com transtorno mental em espaços domésticos. Como objetivos específicos, delimitamos: a) identificar as práticas de cuidado realizadas por homens cuidadores de pessoa com transtorno mental em espaços domésticos; b) identificar os sentidos de masculinidades vivenciados pelos cuidadores homens em espaços domésticos junto à pessoa com transtorno mental; c) analisar como as performances de masculinidades são vivenciadas por homens cuidadores de pessoa com transtorno mental na família. Trata-se de um estudo qualitativo, que contou com entrevistas semiestruturadas em tom de conversas informais, registro em diário de campo, análises das entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários sociodemográficos com 15 (quinze) cuidadores homens que não recebiam nenhum tipo de remuneração pelo provimento do cuidado, este que foi analisado a partir das práticas exercidas em espaços domésticos de pessoas com transtornos mentais, assistidas por 05 (cinco) Centros de Atenção psicossocial da capital do Piauí, Teresina. O tratamento das informações construídas ocorreu através da análise das práticas discursivas apresentada pelos entrevistados, a partir de suas falas, foram organizados a partir dos seguintes eixos de discussão: 1) Quem cuida de quem? Perfil sociodemográfico dos cuidadores homens em meio aberto, fruto da categoria final de análise constituída a partir das práticas de cuidados realizadas por esses homens, que estão diretamente ligadas às condições pessoais para o exercício desse cuidado. 2) Sentidos do cuidado: a narrativa de homens cuidadores de pessoas com transtorno mental, resultado também da análise das práticas de cuidado. 3) O homem que cuida: discutindo os sentidos de masculinidade, resultado da categoria de análise baseada na visão do cuidado pelo olhar masculino, que faz surgir uma espécie de “masculinidade do cuidado” e por fim 4) Performatividade dos homens cuidadores de pessoas com transtornos mentais, analisada a partir de performances baseadas nas vantagens e desvantagens de ser homem cuidador, de modo que as reflexões nos levam a pensar na existência de masculinidades não tradicionais. Constatou-se entre as vivências e práticas de masculinidades que a exigência do cuidado tende a mudar o jeito de se comportar dos homens. Há, nesses espaços domésticos, a construção de um modo de ser masculino que não é contemplado pelo discurso das masculinidades hegemônicas. O cuidado, pensado como atividade alheia ao universo masculino, ganha arranjos próprios que se adequam às necessidades de quem é cuidado. Enquanto o entendimento das práticas de cuidado, evidenciou-se a forte justificativa dos laços sanguíneos e a ligação afetiva entre quem cuida e quem é cuidado, nesse aspecto, o cuidado, no geral, é vivenciado como um dever moral. Cuidar não é algo apenas natural do universo feminino, mas uma atividade cotidiana de arranjos e rearranjos que exigem investimento emocional, financeiro e psicológico dos cuidadores. As práticas são construídas a partir das singularidades e disponibilidade de cada cuidador. As performances de cada cuidador trazem consigo aspectos da criação e da reprodução, ou não, do modo de ser que foram ensinados na infância. O caminho por nós percorrido contribui para o sentido de ampliarmos o olhar para essa outra dinâmica do cuidado. Existem diálogos silenciados que precisam ser contemplados para construção de uma equidade nas relações de cuidado e principalmente de garantia dos direitos daqueles que cuidam.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos mentais. Masculinidade. Identidade de gênero.

ABSTRACT

This research has the general objective to investigate the forms of care exercised by men with people with mental disorders in domestic spaces. As specific objectives, we delimit: a) to identify the care practices performed by men who care for people with mental disorders in domestic spaces; b) identify the meanings of masculinities experienced by male caregivers in domestic spaces with the person with mental disorder; c) analyze how the performances of masculinities are experienced by men caregivers of people with mental disorder in the family. This was a qualitative study, which included semi-structured interviews in the form of informal conversations, recording in field diaries, analyzes of semi-structured interviews and the application of sociodemographic questionnaires with 15 (fifteen) male caregivers who did not receive any type of remuneration for the provision of the care, which was analyzed from the practices performed in the domestic spaces of people with mental disorders, assisted by 05 (five) Psychosocial Care Centers of the capital of Piauí, Teresina. The treatment of the constructed information occurred through the analysis of the discursive practices presented by the interviewees, based on their lines, were organized from the following axes of discussion: 1) Who cares for whom? Sociodemographic profile of male caregivers in the open environment, fruit of the final category of analysis constituted from the care practices performed by these men, which are directly linked to the personal conditions for the exercise of this care. 2) Sense of care: the narrative of caregivers of people with mental disorders, also resulting from the analysis of care practices. 3) The man who cares: rediscussing the senses of masculinity, the result of the category of analysis based on the vision of care by masculine look, which gives rise to a kind of "masculinity of care" and finally 4) Performability of men caregivers of people with mental disorders, analyzed from performances based on the advantages and disadvantages of being a caregiver, so that the reflections in the lead to the thought of non-traditional masculinities. It was found among the experiences and practices of masculinities that the demand of care tends to change the way of behaving of men. There is, in these domestic spaces, the construction of a masculine mode of being that is not contemplated by the discourse of hegemonic masculinities. Care, thought as an activity alien to the masculine universe, gains its own arrangements that fit the needs of those who are cared for. While the understanding of care practices has evidenced the strong justification of the blood ties and the affective connection between caregiver and caregiver, care in general is experienced as a moral duty. Caring is not just something natural of the female universe, but an everyday activity of arrangements and rearrangements that require the emotional, financial and psychological investment of caregivers. The practices are built from the singularities and availability of each caregiver. The performances of each caregiver bring aspects of creation and reproduction, or not, of the way they were taught in childhood. The way we have traveled contributes to the sense of widening our gaze to this other dynamic of care. There are silenced dialogues that need to be contemplated in order to build equity in care relationships and especially to ensure the rights of those who care.

KEY-WORDS: Mental disorders. Masculinity. Gender Identify.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
CNAS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EUA	Estados Unidos da América
FMS	Fundação Municipal da Saúde
HAA	Hospital Areolino de Abreu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
PIB	Produto Interno Bruto
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatístico
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SHRAD	Serviço Hospital de Referência em Álcool e Outras Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro síntese dos sujeitos de pesquisa identificados e pesquisados por serviço.....	21
Quadro 2 – Categoria de Análise de sentidos.	24
Quadro 3 – Perfil sócio demográfico dos entrevistados.....	68

SUMÁRIO

1 A VOZ DA PESQUISADORA: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS E PERCURSOS DA PESQUISA.....	12
2 A VOZ DA LITERATURA: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOBRE GÊNERO, MASCULINIDADE E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	27
2.1 LOUCURA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E O LUGAR DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	28
2.2 GÊNERO, MASCULINIDADE: ONDE ESTÁ O CUIDADO?.....	47
3 A VOZ QUE DIFERE: PRÁTICAS E SENTIDOS DO CUIDADO PROVIDO POR HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	66
3.1 QUEM CUIDA DE QUEM? O perfil sociodemográfico dos cuidadores homens em meio doméstico.....	67
3.2 SENTIDOS DO CUIDADO: A narrativa de homens cuidadores de pessoas com transtornos mentais.....	77
3.3 O HOMEM QUE CUIDA: Rediscutindo os sentidos de masculinidade	87
3.4 PERFORMATIVIDADE DOS HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	94
3.4.1 Homens não choram	95
3.4.2 Falar é bobagem	97
3.4.3 Seja Durão.....	100
3.4.4 Homem tem que botar comida em casa	102
3.4.5 Homem não pode cuidar de mulher	105
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES.....	123

1 A VOZ DA PESQUISADORA: Aspectos Introdutórios e Percursos da Pesquisa

O meio do caminho é estranho
Aquele fase entre ele e o próximo
é o despertar que divide o que você via
e o que você vai ver
é nessa hora que o encanto dele desaparece
que ele deixa de ser
o deus que você permitia que fosse
que o pedestal que você esculpiu
com sua carne e sangue já não serve
sem máscara ele volta a ser um mero mortal

- *o meio do caminho*
(Rupi Kaur)

Essa dissertação, cujo tema nasce na raiz das inúmeras discussões que florescem a partir do movimento feminista e as suas consequências para o desenvolvimento de novas temáticas a partir da discussão de gênero, se inicia com uma poesia de Rupri Kaur, propositalmente. Rupri, poetisa feminista, internacionalmente conhecida pelo livro “Outros jeitos de usar a boca” (KAUR, 2018), aborda de forma dolorosamente necessária temas sobre violência, abuso, amor e feminilidade.

Parafrazeando de forma ousada, desenho minhas reflexões, com o intuito de mostrar “outros jeitos de usar as palavras” ao discutir o cuidado por meio das vozes de cuidadores em saúde mental do sexo masculino. Os homens são atores pouco comuns em um ofício que é majoritariamente realizado por mulheres, que é o ato de cuidar. Foi ao longo das minhas aproximações com o campo de estudos e experiências junto ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, na realidade da capital piauiense, que passei por alguns estranhamentos que certamente foram fundamentais para a proposição do objeto da presente pesquisa. Um deles que chamou atenção esteve relacionado às diferentes facetas e espaços protagonizados por esses cuidadores.

Retomo novamente às palavras de Rupri quando afirma que “o meio do caminho é estranho” (KAUR, 2018, p. 161). Passo então a detalhar meu caminhar e alguns estranhamentos no âmbito da Saúde Mental, que me fizeram perceber as dificuldades, o

silêncio e o olhar, muitas vezes, perdidos desses homens cuidadores. A partir de então passei a perguntar se os sentidos do cuidado se misturam com os sentidos de suas masculinidades. Posto isso, entendi a importância de proporcionar visibilidade para a voz do “outro lado” daqueles que também exercem o ato de cuidar.

Segundo revisão sistemática sobre os estudos de masculinidade e cuidado feitos por Silva e Macedo (2019, p. 322):

A discussão de masculinidade e cuidado, enquanto abordagem aliada ao feminismo conceitual da categoria gênero. Dar credibilidade para os dilemas envolvidos na construção das masculinidades e trazer essas inquietações para contestar “papéis” estabelecidos por uma divisão sociosexual do trabalho é, sem dúvida, uma escolha difícil, se levarmos em conta a reduzida produção teórica acerca da temática (ARILLHA et al., 1998, p.19), reconhece a importância do movimento no debate e ampliação

Com relação aos estudos na área de masculinidade Connell e Messerschmidt (2013), ao discorrer sobre as tendências primárias dos estudos sobre masculinidade afirma que o não enquadramento de grande parte dos homens no modelo hegemônico, foi fundamental para o desenvolvimento das pesquisas. Nos EUA, percebemos uma forte contribuição para os estudos sobre masculinidade, também conhecido como “mens studies”. Segundo Bento (2015, p. 16) esse forte aprofundamento da discussão refletiu entre tantos campos, o “interesse no meio acadêmico, exemplo disso é a criação do curso de graduação ‘Estudos do homem e da masculinidade’ na faculdade Hobart e William Smith, no Estado de Nova York.”. A primeira síntese global com pesquisas sobre homens e masculinidade foi publicada em 2005 (CONNELL, 2016). Já no Brasil esse campo ainda não está bem delimitado, mas se apresenta como fértil.

Os estudos sobre homens demonstram forte tendência para os temas: a sexualidade masculina, a paternidade e a violência. (BENTO, 2015, p. 13). Entretanto com relação ao estudo das masculinidades e o recorte sobre cuidado em saúde mental, destacamos que esse campo é carente de estudos. Silva e Macedo (2019, p. 333) ao concluir a revisão sistemática sobre cuidado e masculinidade, destacam:

Uma das limitações desse artigo foi não conseguir problematizar de forma mais específica o cuidado doméstico realizado por homens cuidadores a pessoas adultas dependentes. Fato que indica um campo novo para análise dos marcadores de gênero no desempenho dessa função.

Como referi a pouco, o interesse pela temática não é recente, de modo que, desde o processo de construção da monografia no Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, a mesma me acompanha. A experiência de

estágio curricular no Hospital Areolino de Abreu, em especial a dinâmica de cuidado posto em prática cotidianamente pelos familiares, fizeram-me despertar para necessidade de olhar quem eram aqueles sujeitos, que mesmo se diferenciando no binômio sexual masculino/feminino, eram, acima de tudo, cuidadores.

Nos corredores do serviço, a empatia feminina exercida pelas profissionais do serviço se fazia presente, afinal “as mulheres são a maioria na maior parte dos serviços de saúde mental criados no processo da reforma psiquiátrica brasileira, como: trabalhadoras, usuárias e/ou familiares e, sobretudo, consumidoras dos psicofármacos prescritos nestes serviços.” (ANDRADE; MALUF, 2007, p. 814). As mulheres constituíam a maioria entre os usuários do serviço e também entre os familiares. Quando ocorriam as reuniões com as famílias, por exemplo, estas se constituam basicamente em uma reunião de mulheres. Por vezes me questionei o motivo das raras aparições de familiares homens no hospital.

No momento de construção da monografia, concentrei minhas questões de pesquisa no modo de ser de cada cuidador, perceber as singularidades e diferenças entre homens e mulheres, apesar da pouca participação de homens no estudo. O contato com o campo das masculinidades e feminilidades na referida pesquisa me fez perceber que o latente abismo estereotipado que tende a ser criado para diferenciar homens e mulheres, no tocante as ações de cuidado em saúde mental, nem sempre é gritante.

Num espaço maior de discussão sobre o cuidado em saúde mental, encontrei motivos para indagar os marcadores de gênero, principalmente, ao analisar que há uma vasta discussão teórica sobre o cuidado enfatizando a mulher enquanto cuidadora. Se a mulher é a principal figura nos cenários de cuidado, em que contexto o homem se ausenta dessa função? Porque não se discute o lugar e as condições as quais os homens dispõem para efetivamente ocuparem esse espaço? Como pensar acerca da equidade do cuidado se não há uma inclusão do outro lado na discussão?

Ao adentrar na discussão de gênero e cuidado, me vi incomodada pela ausência do cuidador homem. Quando na literatura não encontrava abrigo para as diferentes realidades que percebi na vivência do estágio, entendia a importância desse outro lado. Nas lembranças do cotidiano institucional, encontro a explicação para meu desejo de pesquisar esses homens: ao longo do acompanhamento de uma usuária de pouco mais de 40 anos, havia um homem franzino que pedia para conversar, natural de Tumtum, no Estado do Maranhão, ouvi um pouco sobre o cotidiano na roça, dois filhos adultos e uma esposa em estado de transtorno mental crônico. No meio do diálogo, a revelação do

cuidador “minha família disse pra devolver a mulher”. “Devolver” foi o que foi dito! Repito o verbo com intuito de atentarmos para o processo de objetificação da mulher doente, esta que passa a não ter “função” enquanto esposa dada as limitações do transtorno mental, aspecto que podemos interpretar como reflexo da divisão sexual que naturaliza as funções domésticas do lar, como algo feminino.

Nos papéis tradicionais de gênero, o lugar do homem é aquele que recebe o cuidado e que possui uma esposa que mantenha em ordem o espaço privado do lar. O contexto social e demográfico desse cuidador torna natural a fala de seus familiares. Supero o incômodo sobre o comentário da objetificação da esposa e escuto um pouco mais sobre o amor jurado “na frente” de Deus e como o esposo interpreta a atividade do cuidado como uma responsabilidade matrimonial. A troca de funções é vista pelo cuidador como algo que independe da sua sexualidade. Cuidar, nesse sentido, surge como uma necessidade que precisa ser feita como representação do compromisso e da afetividade.

Hoje, após adquirir algum acúmulo sobre os estudos de gênero e masculinidades, repensei aquela experiência, no sentido que o homem cuidador, enquanto “exceção” no serviço de saúde não pode ser visto a partir do lugar comum do “bom marido que não largou a mulher doente”. Há nessa perspectiva a possibilidade da localização do homem como aquele que apresenta uma vantagem ou uma posição de privilégio, tendo em vista a admiração que passa receber por ser a exceção. Há então o desafio e a necessidade de discutirmos o cuidado enquanto atividade humana por uma nova perspectiva de igualdade que traga o masculino para a discussão, de forma que não possibilite a reprodução de estereótipos.

Frejat (2002) em sua música “O homem não chora”, afirma “Meu rosto vermelho e molhado, é só dos olhos pra fora, todo mundo sabe que homem não chora”. Nesse contexto, percebemos uma característica comum na construção do discurso de masculinidade, que contempla e hegemoniza um modelo no qual externar suas subjetivações e fraquezas é aproximar-se de outra construção social: a feminilidade. Sabe-se que a masculinidade é muitas vezes entendida de forma diametralmente oposta a tudo que lembre o desempenho feminino – antifeminilidade (BENTO, 2015). Assim, busco contribuir para desvelar os modos de cuidados exercidos por homens, em um espaço (os serviços de saúde mental) que, teoricamente, é considerado como mais feminizado, para entender e identificar os sentidos de masculinidades possíveis nesses espaços.

Por masculinidade entendo, por base em Foucault (1972, p. 49) que esta é “um fenômeno do nível discursivo e do discurso enquanto prática”. Como ainda afirma Connell (1995) é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Nesse sentido, não podemos falar da masculinidade, mas das práticas que são desempenhadas em diferentes contextos nas quais os homens são socialmente construídos.

Dito isto, as *questões norteadoras* que orientam o presente trabalho são:

- a) Quais as formas de cuidado realizadas por homens junto às pessoas com transtornos mentais em espaços domésticos? Quais práticas de cuidado são desenvolvidas e readequadas pelos cuidadores em cada contexto?
- b) Sob quais condições os cuidadores são nomeados para tal função? Como o exercício do cuidado molda suas masculinidades?
- c) Como esses cuidadores percebem as diferenças entre homens e mulheres que exercem o cuidado? Quais performances de masculinidades são evidenciadas no contexto dos cuidadores?

Tais perguntas conformam os seguintes objetivos deste estudo:

Geral

Investigar as formas de cuidado exercidas por homens junto a pessoas com transtorno mental em espaços domésticos.

Específicos:

- a) Identificar as práticas de cuidado realizadas por homens cuidadores de pessoas com transtorno mental em espaços domésticos;
- b) Identificar os sentidos de masculinidades vivenciados pelos cuidadores homens em espaços domésticos junto à pessoa com transtorno mental;
- c) Analisar como as performances de masculinidades são vivenciadas por homens cuidadores de pessoa com transtorno mental na família.

Quanto ao *desenho metodológico* da pesquisa, esta foi definida como de *natureza qualitativa*. Quando se define a pesquisa como qualitativa leva-se em consideração os aspectos subjetivos e singulares de um determinado fenômeno. No caso aqui em questão, são aspectos capazes de influenciar um olhar mais aguçado diante das singularidades do cuidado provido por homens cuidadores, em especial quando estamos

direcionando o olhar para as dinâmicas de cuidado doméstico, este que envolve um modo de ser e agir diferente daquele desempenhado no espaço institucional.

Minayo (2003, p. 18), define pesquisa qualitativa:

Trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Além disso, reafirmo o comprometimento com a escolha do método, que baseado na não neutralidade, exige a cautela, pois, “a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto” (NETTO, 2009, p. 6). Nesse sentido, retorno a Minayo (2001, p. 64) quando refere que:

O que atrai na produção do conhecimento é a existência do desconhecido, é o sentido da novidade e o confronto com o que nos é estranho. Essa produção, por sua vez, requer sucessivas aproximações em direção ao que se quer conhecer. E o pesquisador, ao se empenhar em gerar conhecimentos, não pode reduzir a pesquisa à denúncia, nem substituir os grupos estudados em suas tarefas político-sociais.

O presente estudo apoia-se na *pesquisa do tipo descritiva e exploratória* considerando a escassa produção de estudos na área da masculinidade e do cuidado. Como procedimentos, a investigação foi orientada inicialmente por uma *fase de levantamento de material bibliográfico* em que foram utilizadas base de dados de bibliotecas virtuais, dissertações e teses acerca do tema, e legislações específicas que discorrem sobre saúde mental; e por uma *fase empírica* junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na capital piauiense para a produção dos dados da pesquisa.

De acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNAS), em 2014 por (Silva et al, 2015) consta no Piauí um total de 51 CAPS, sendo sete em Teresina: CAPS II = 4, CAPS III = 1, CAPS Ad = 1, e CAPS i = 1. Os Centros de Atenção Psicossocial são diferenciados da seguinte forma:

CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias por semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPSAAd: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtorno mental decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004, p. 22).

Segundo a portaria Nº 3.088 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é formada pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial. Tais serviços têm como objetivos “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.” (BRASIL, 2011, art. 3º).

Em Teresina a RAPS, além da rede CAPS anteriormente informado, é constituída por três Residências Terapêuticas, pelo Programa de Volta Pra Casa, no qual existem 19 beneficiários que recebem R\$ 320,00 (mensal por pessoa) e tem por objetivo a produção de autonomia e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Com relação à disponibilidade de atendimento de urgência e emergência a rede é contemplada com Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu - HAA com 160 leitos; 10 unidades de saúde municipais com ambulatório de psiquiatria (Gestão Fundação Municipal de Saúde -FMS); 01 SHRad – Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas – Hospital do Mocambinho (10 leitos), responsável pelo atendimento para desintoxicação/ síndrome de abstinência em álcool e outras drogas, serviço referenciado pelo CAPS ad; Hospital da Primavera composto por 04 leitos de psiquiatria. Ademais, Teresina conta uma equipe de Consultório na Rua e do Projeto a Arte de Cuidar na Rua, com o objetivo de oferecer atendimento à população em situação de risco de vulnerabilidade social principalmente crianças e adolescentes usuários de drogas.

Enquanto reflexo da união dos usuários, destacamos o grupo Amigo no Ninho, que é uma rede de apoio e suporte em saúde mental no Piauí, além da Associação de Usuários ÂNCORA. Pensar a cobertura do território de Teresina nos lembra do quão importante é refletir sobre os determinantes geográficos no processo de adoecimento. Afinal, para Firpo et al (2017, p. 26) território é:

O espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de moradia, de acesso à educação, inseridos em contextos econômicos e produtivos, ecológicos e culturais. Portanto todo território possui dinâmicas, recursos, saberes, poderes e disputas que precisam ser reconhecidos pelos profissionais e sistema de saúde. Isto influi nas concepções de saúde e doença, no quadro epidemiológico, na definição dos problemas, nas necessidades e prioridades de saúde, no reconhecimento e vigilância dos riscos ocupacionais, ambientais e sanitários como um todo, bem como nas potencialidades de políticas intersetoriais, de promoção da saúde que podem influenciar – para o bem ou para o mal - o desenvolvimento territorial, a vida e a saúde das populações e dos ecossistemas.

Para efeitos desta pesquisa foi estabelecido como *cenário da investigação* os Centros de Atenção Psicossocial que assistem adultos: CAPS II Norte, CAPS II Leste, CAPS II Sul, CAPS III Sul, CAPS II Sudeste. Os *sujeitos de pesquisa* foram cuidadores homens de pessoas com transtornos mentais, que fossem a principal referência do cuidado no espaço doméstico e que não recebessem nenhum tipo de remuneração para o exercício do cuidado, maiores de 18 anos e que estivessem cumprindo essa função há pelo menos 03 anos. De modo que, os cuidadores mais recentes, poderiam não conseguir ter uma experiência de cuidado capaz de oferecer narrativas que contemplassem aos questionamentos elencados na entrevista semiestruturada.

Em termos operacionais, a *fase empírica* da pesquisa foi estruturada por uma *etapa documental*, baseada no desenho fontes primárias (GIL, 1999) com o contato com alguns instrumentais de registro dos serviços investigados, prontuários e relatórios e sistema online de agendamentos, viabilizados pelos profissionais do SAME, para estabelecer os possíveis entrevistados a serem convidados para compor os sujeitos da pesquisa.

Em seguida foi iniciada a *etapa de realização de entrevistas*. O período do levantamento e organização das informações no campo empírico da pesquisa ocorreu de 10 de setembro de 2018 a 20 de outubro de 2018, em cinco CAPS localizados em Teresina (PI). As entrevistas foram realizadas nas próprias instituições, ressaltamos ainda que havia a possibilidade de apenas uma das entrevistas ser realizada na casa do cuidador, fato que não ocorreu, pois o cuidador não atendeu o telefonema e o endereço não foi encontrado pela pesquisadora.

A etapa das entrevistas foi realizada de forma adequada à realidade e a disponibilidade de cada cuidador, em especial a adequação da pesquisadora aos horários. Sendo entrevistas realizadas bem cedo no momento da chegada do familiar e cuidador, bem como entrevistas realizadas no final da tarde, momento no qual quase

todos os profissionais já estavam ausentes do espaço institucional, por vezes, ficando apenas os vigias e outro técnico de nível superior.

Com relação ao modo e local das entrevistas, os CAPS, de modo geral, dispõem de muitos profissionais que atuam concomitantemente. Nesse sentido, nem todos disponibilizaram espaço adequado para entrevista. Como no caso do CAPS II Leste, onde duas entrevistas foram realizadas no corredor com a interrupção corriqueira por parte de usuários curiosos, aspecto contornado tanto pelo entrevistado, quanto pela pesquisadora. Destacamos ainda concordância do entrevistado em responder às perguntas nesses espaços.

Os demais CAPS, que mesmo sem sala específica, improvisaram espaços que permitiam a privacidade e o conforto ao entrevistado. Pensar a particularidade do espaço institucional pesquisado, por vezes, nos faz refletir as sensações vividas no espaço. Nas entrevistas realizadas em meio aberto, mesmo as interrupções sendo fato sem controle, estar visível para os demais profissionais também apresenta um aspecto positivo: da segurança. Afinal, não podemos deixar de mencionar duas entrevistas na qual o pai chegou alterado, e na outra, a usuária começou a agredir o pai no momento das perguntas.

Outro aspecto que merece descrição foi a flexibilidade da pesquisadora, que por ausência de telefone fixo em algumas instituições, utilizava o próprio celular móvel para conseguir o contato e o agendamento das entrevistas. Mesmo sendo esclarecido o propósito da pesquisa e seu teor acadêmico, por vezes os cuidadores enxergavam o momento da entrevista como um possível atendimento e não uma pesquisa em si. Assim como o contato com telefone pessoal da pesquisadora, aproximava muitos cuidadores, que inclusive se comunicavam por *whatsapp*.

Para facilitar o acesso ao trabalho de campo foi realizado contato previamente com alguns profissionais dos CAPS. Como ponto de partida, o trabalho de visitação aos CAPS foi iniciado pela zona Norte, espaço geográfico familiar ao olhar da pesquisadora também residente na mesma zona. Composta por 40 bairros, com uma população residente de 228.906 habitantes, dado que representa 29,8% da população urbana da capital, conta, em termos da rede de serviços da RAPS, com o Hospital Areolino de Abreu, referência no Estado para internação integral de pessoas com transtornos, com o Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas no Hospital do Mocambinho (10 leitos) e com o Hospital da Primavera (4 leitos). No CAPS II Norte, conseguimos inicialmente um número de 06 cuidadores homens que se encaixavam nos

critérios já mencionados. Desse total, obtivemos êxito somente com 03 cuidadores (01 pai e 02 irmãos), pois houve três agendamentos de entrevistas que não foram consolidadas por indisponibilidade dos cuidadores que acabaram por desistir de participar da pesquisa.

A zona Leste, composta por 29 bairros, conta com população residente de 167.443 habitantes, representando 21% da população urbana. O CAPS II Leste apresentou a possibilidade de contato com 10 cuidadores, sendo 06 entrevistados. Este CAPS foi representado maioritariamente por pais cuidadores. A zona Sul da capital é formada por 35 bairros, com uma população residente de 237.059 habitantes, que representa 30,9% da população urbana. Esta conta com dois CAPS: tipo II e tipo III. No CAPS III Sul, identificamos 07 cuidadores, porém somente 04 entrevistas foram consolidadas. Destacamos que neste CAPS os maiores representantes foram irmãos, com um total de 04. Em contrapartida, no CAPS II Sul, não foi possível conseguir nenhum participante para pesquisa. Dos 05 possíveis entrevistados, nenhum acordou em participar da pesquisa. O CAPS II Sul, também abrange a mesma região do CAPS III Sul. As reuniões com familiares nessa instituição são feitas de forma mensal, e muitos usuários buscam o CAPS apenas para consultas, desse modo não foi possível esperar mais 01 mês contando com a possibilidade de que novos cuidadores se apresentassem ao serviço.

A zona Sudeste é formada por 19 bairros, um total de 134.119 habitantes, representando 17,5% da população urbana. No CAPS II Sudeste, dos 10 possíveis entrevistados, obtivemos êxito apenas com dois desses cuidadores. Sendo que neste CAPS nos deparamos com o único companheiro e cuidador presente no escopo da pesquisa.

Deste modo, apesar de termos identificado 38 possíveis participantes do estudo, contamos com um total de 15 cuidadores que participaram efetivamente da pesquisa.

Quadro 1 – Quadro síntese dos sujeitos de pesquisa identificados e pesquisados por serviço

Serviço	Cuidadores Identificados	Sujeitos da Pesquisa	Grau de Parentesco dos Cuidados

CAPS II Norte	6	3	Companheiro (0) Pai (1) Irmão (2)
CAPS II Leste	10	6	Companheiro (0) Pai (4) Irmão (2)
CAPS II Sul	5	0	Companheiro (0) Pai (0) Irmão (0)
CAPS III Sul	7	4	Companheiro (0) Pai (1) Irmão (3)
CAPS II Sudeste	10	2	Companheiro (1) Pai (0) Irmão (1)

Fonte: Elaboração própria.

Destaco neste momento da pesquisa a importância dos profissionais do CAPS, em especial os profissionais responsáveis pelo Serviço de Atendimento Médico e Estatístico - SAME, como informantes importantes para identificação e recrutamento dos sujeitos da pesquisa. Como os CAPS funcionam com a subdivisão dos casos por técnico de referência, os profissionais acabam centrando o trabalho nos usuários referenciados pelos mesmos. A visão privilegiada dos profissionais do SAME foi um importante auxílio inclusive para propor os melhores dias para o agendamento das entrevistas ou contato com os grupos de família.

Quanto as *ferramentas para produção dos dados*, adotou-se: 1) Diário de campo, considerando que este instrumento permite ressaltar aspectos do cotidiano que pudessem passar despercebido ao olhar do pesquisador. O diário de campo é uma ferramenta que permite sistematizar as experiências para posteriormente analisar os resultados. 2) Roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas foram previamente marcadas por meio de contato telefônico de acordo com a disponibilidade dos cuidadores e realizadas nas próprias instituições, por duas vezes, em espaços improvisados nos corredores, considerando a rotina e a própria estrutura dos serviços. Apesar das condições foram realizadas sem demais percalços. As mesmas orientaram-se por um roteiro flexível iniciado a partir de uma pergunta geral, para

deixar o entrevistado à vontade, e em tom de conversa era solicitado que os sujeitos falassem um pouco do processo de cuidado de uma pessoa com transtorno mental. De forma livre e contínua muitos já sinalizavam falas que davam abertura para verbalizar as perguntas dos três principais blocos que compunha o roteiro: 1) formas e sentidos do provimento do cuidado, 2) o cotidiano e exigências relacionados ao desempenho do cuidador e um bloco final relacionado aos aspectos envolvendo 3) as questões de masculinidades e o cuidado, propriamente ditas. Na perspectiva de “superar” a relação saber-poder entre pesquisador-pesquisado, houve a preocupação de primeiro esclarecer a motivação da pesquisa, por meio de uma linguagem formal e acessível, justamente para que as entrevistas, as quais por muitas vezes chamamos de “conversas”, fossem também o espaço de acolhida para “falas autênticas” (AMATUZZI, 1989). Para a finalização da entrevista, novamente em tom informal, sempre havia a preocupação de deixar o entrevistado à vontade para completar ou falar de algo que o mesmo considerasse relevante, ou que, enquanto pesquisadores, havíamos deixado passar. No momento da entrevista, foi aplicado ainda 3) um *questionário sociodemográfico* para caracterização do perfil dos sujeitos. Composto por 12 itens, (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, naturalidade, composição familiar, grau de parentesco com a pessoa cuidada, ocupação, dados sobre familiares, renda, e residência), complementado por 03 itens referente a informações da pessoa que recebia cuidado (sexo do usuário, tempo de tratamento e o diagnóstico da PTM). O questionário foi uma estratégia importante para entendermos melhor de onde falavam nossos entrevistados, sendo fundamental para criarmos o perfil dos mesmos.

Quanto à *análise do material produzido*, o trabalho foi apoiado na análise de conteúdo, na qual “o método de análise de conteúdo é balizado por duas fronteiras: de um lado a fronteira da linguística tradicional e do outro o território da interpretação do sentido das palavras (hermenêutica).” (CAMPOS, 2004, p. 612). Nesse aspecto, o sentido dado por cada um dos entrevistados constitui fator relevante, afinal, analisar o conteúdo vai além do significado primário das palavras. Ainda segundo Campos (2004, p. 612) o “conteúdo de uma comunicação, não obstante a fala humana é tão rica e apresenta uma visão polissêmica e valiosa, que notadamente permite ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações”.

Há nessa metodologia dois processos de análise das categorias: uma que leva em conta a determinação prévia de categorias a serem discutidas e outras que emergem diretamente das falas dos entrevistados (CAMPOS, 2004). Processo utilizado neste

método de análise, onde as categorias analisadas são agrupadas de acordo com repetição observadas nas falas.

Sintetizando, o método de análise de conteúdo compreende as seguintes fases:

- 1) Leitura geral do material coletado (entrevistas e documentos), levando em conta que os prontuários dos CAPS, foram documentos chaves para identificação dos usuários e cuidadores;
- 2) Codificação para formulação de categorias de análise, levando em conta os objetivos e hipóteses da pesquisa.
- 3) Recorte do material, em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico, analisados de forma mais profunda no último capítulo dessa dissertação.
- 4) Estabelecimento de categorias que se diferenciam. A formulação dessas categorias segue os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção) e da objetividade (compreensão e clareza);
- 5) Agrupamento das unidades de registro em categorias comuns;
- 6) Agrupamento progressivo das categorias (iniciais → intermediárias → finais);
- 7) Inferência e interpretação, respaldadas no referencial teórico.

As análises e categorizações das entrevistas e outras informações obtidas ao longo da pesquisa levaram a eixos principais de exploração de sentidos que foram organizadas da seguinte forma:

Quadro 2- Categoria de Análise de Sentidos

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIA FINAL
Atividades exercidas pelo cuidador e a rede de apoio	Práticas de cuidado	Perfil do homem que cuida
A visão do cuidado pelo olhar masculino	Sentidos de masculinidade	A masculinidade do Cuidado
Vantagens e desvantagens de ser um homem cuidador	Perfomances de masculinidades	Masculinidades não tradicionais

Fonte: Elaboração própria.

Esta pesquisa esteve em conformidade com os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos e da Resolução nº 510/2016. Para efeitos de trabalho de campo foi submetido em primeira instância ao Comitê de Ética da Fundação Municipal de Saúde do Município de Teresina, em 08 de maio de 2018, apresentando parecer favorável em 21 de Junho do presente ano, para liberação da autorização institucional. Posteriormente foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí em 30 de Junho do mesmo ano, recebendo parecer aprovado pelo número 2.869.006, em 03 de Setembro de 2018.

Todos os sujeitos da pesquisa foram orientados e esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como o esclarecimento de todas as dúvidas por eles apresentadas. Após concordância em participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com a garantia do anonimato. Como via de regra, o TCLE impresso e assinado em duas vias, um das quais ficou sob responsabilidade da pesquisadora, e a outra foi entregue ao participante da pesquisa.

A pesquisa apresentou riscos mínimos aos sujeitos participantes. Por isso considerou que caso o teor dos questionamentos causassem algum desconforto dada a subjetividade e particularidade de cada sujeito, foi assegurado seu abrandamento por meio da postura atenciosa e respeitosa da pesquisadora. Ademais, aos sujeitos foi assegurado o anonimato. Ao longo do trabalho, dado o compromisso ético, os colaboradores da pesquisa foram identificados com nomes de anjos. Partindo das relações afetivas e de dependência entre quem cuida e quem é cuidado, acreditamos que a escolha dos nomes fictícios faz jus a representatividade desses sujeitos na vida dos usuários. A discussão de cuidado enviesada na perspectiva de gênero tem o intuito de colocá-lo no lugar atividade humana, superando as questões de sexo. Nas discussões religiosas cristãs há quem acredite que a expressão “discutir o sexo dos anjos” tornou-se uma discussão vazia e impossível de ser determinada. Na discussão aqui proposta, o sexo dos nossos anjos importa, entretanto as escolhas dos nomes fantasia foram pautadas em significados que superam essa questão. Palavras como “cuidado”, “confiança”, “apoio” são comuns na realidade dos cuidadores homens e mulheres, por isso a opção por nomes que contemplem essa gama de representatividade.

Quanto à relevância da pesquisa, destacamos a contribuição para literatura local acerca da realidade dos cuidadores homens de pessoas com transtornos mentais na capital. A discussão aqui proposta contribui ainda com os estudos sobre igualdade de

gênero de modo que, contemplamos os desafios vividos por esses homens, realidade que pode ainda contribuir para a adequação dos serviços socioassistenciais às questões de gênero e cuidado, especialmente, no aprimoramento do atendimento realizado pelos mesmos.

Nosso estudo está esquematizado em síntese, a partir de três vozes. A primeira que contempla o percurso metodológico narrado pela pesquisadora, no sentido que delimita o território da pesquisa, a forma de análise do material produzido em campo e a dimensão ética que envolveu e envolve todos os procedimentos realizados. A segunda voz é composta na verdade, por um coro, formado pelos teóricos que versam sobre gênero, masculinidade e cuidado em saúde mental, e por hora falada a partir de diferentes visões sobre o tema citado. Nesse segundo momento, organizamos as falas a partir de dois capítulos. O primeiro, A VOZ DA LITERATURA: Fundamentação teórica sobre gênero, masculinidade e cuidado em saúde mental, dividido em duas sessões que a primeiro momento realiza uma breve revisão sobre o entendimento da loucura, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e no Piauí, bem como a forma de adequação do cuidado nesses diferentes momentos. A segunda sessão, GÊNERO, MASCULINIDADE: onde está o cuidado? Que de forma mais específica, discute os atravessamentos de gênero, em especial da masculinidade, na discussão do cuidado e do lugar ocupado por ele dentro dessa discussão. A última voz, A VOZ QUE DIFERE: práticas e sentidos do cuidado provido por homens cuidadores de pessoas com transtornos mentais, também muitas vezes exposta em coro, é composta pelos homens cuidadores que contribuíram para a construção desse estudo. De modo que a partir do perfil sociodemográfico dos cuidadores, pensamos as práticas de cuidados desempenhadas por cada um deles, em diferentes contextos que envolvem as necessidades próprias dos cuidadores e da pessoa que recebe o cuidado. A partir do momento que conhecemos esses cuidadores em suas particularidades pessoais, criamos o espaço para pensar os sentidos de masculinidades compreendidos por esses sujeitos. Além mais, o último capítulo finaliza a discussão com uma análise das performances e modos de vivenciar as masculinidades de cada cuidador, subdividido em tópicos que remetem a modos de ser tradicionalmente entendidos como hegemônicos para os homens. Estes foram propositalmente elencados para contrastar o perfil tradicional de masculinidade que nem sempre contempla a realidade dos nossos entrevistados. Sendo os segmentos compostos por falas que justificam a pluralidade de masculinidade com a qual nos deparamos ao longo da pesquisa.

2 A VOZ DA LITERATURA: Fundamentação teórica sobre gênero, masculinidade e cuidado em saúde mental.

Refugio-me na loucura porque não me resta o chamado meio-termo do estado de coisas comum. Quero ver coisas novas – e isso eu só conseguirei se não tiver mais medo da loucura.

Clarice Lispector

Esse capítulo da dissertação tem por objetivo abordar teoricamente os caminhos que justificam a escolha de situar a discussão do cuidado em saúde mental, na perspectiva de gênero, em especial o recorte para as masculinidades. Para tanto, tal problematização não pode ser iniciada sem antes apresentarmos breve trajetória da construção social do entendimento da loucura, bem como a evolução do processo de assistência médica e psicossocial de tratamento da mesma.

Nesse sentindo, dividimos essas vozes em dois momentos: sendo o primeiro responsável pela síntese teórica da construção social do conceito de loucura, as diferentes visões ao longo da história e a forma como foram assistidas nas diferentes épocas. Ao desbravar essa construção social, assento minhas considerações ao pensamento de Lévi-Strauss (1962) ressaltado por Geertz (1978, p. 45) que ao observar a explicação científica, afirma que ela “não consiste, como fomos levados a imaginar, na redução do complexo ao simples”. Para Geertz (1978), explicar algo quando estudamos o homem é substituir quadros simples, por outros complexos. Nesse sentindo, o desbravamento do universo da loucura nos leva a complexas constatações que criam espaços, desse modo, para a reflexão do cuidado, que no recorte dessa dissertação, procurou focar naquele realizado no âmbito doméstico das pessoas com transtornos mentais.

Na segunda apresentação desse coral de vozes, apresentamos a revisão teórica de gênero e a discussão sobre masculinidades. O gênero, categoria também entendida como construção social, contemporaneamente é discutida por Judith Butler (1999) como performance, de modo que a transformação, o movimento e não linearidade do conceito, permite uma dança com passos que precisam ser repetidos para apresentação final. Entretanto mesmo antes de ser performance, o gênero é baseado, a partir de Scott (1995), em duas proposições principais: 1) gênero constitui relações sociais baseadas

nas diferenças percebidas entre os sexos, e; 2) gênero dá significado às relações de poder. Na gama de transformações do conceito e conseqüentemente das possibilidades de construção do gênero, encontramos espaço para pensar nas masculinidades possíveis, tendo em vista que “gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado” (SCOTT, 1988, p. 42).

Revisitamos os conceitos que envolvem essa temática, mas já adiantamos ao leitor, como a mesma é tratada nessa dissertação: conceito sublinhado com a importância da desinência que representada pela flexão plural, “S”. A masculinidade enquanto prática social não pode ser pesando de forma singular, segundo Bento (2015, p. 83) “falar que a masculinidade é a forma como o gênero masculino configura suas práticas não significa dizer que exista apenas uma masculinidade, ou seja, uma única prática”. Desse modo, falamos aqui de masculinidades.

2.1 LOUCURA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E O LUGAR SOCIAL DO CUIDADO

A loucura ou o “louco” encontra sentido, assim como as categorias discutidas ao longo desse estudo, a partir do contexto histórico e social na qual estão situados esses corpos em que se manifestam os comportamentos que cada sociedade decide por chamar de loucura, Foucault (2006, p. 163):

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação – a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação que ela tinha na época de Shakespeare e de Cervantes.

Desse modo, para cada época a sociedade desenvolvia formas de perceber, aceitar ou até mesmo excluir essa “loucura”. Na antiguidade grega e romana, a mesma era vista como manifestações dos deuses, como castigo e nesse sentido a loucura era consequência das próprias ações daquele que apresentavam determinada “anormalidade”.

Na idade média, aquela loucura percebida como “praga” ou castigo, passa ser vista como resultado de ações demoníacas. A igreja católica e todo o seu poder era quem determinava, de certo modo, o padrão de “normalidade”. Assim “os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante eram considerados loucos,

bruxos e feiticeiros, servidores do mal e de forças malignas” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 3). À medida que a igreja vai perdendo poder e as ideias iluministas impactam em diferentes formas de se pensar e produzir conhecimento perceberam uma modernização nas ciências e com isso o desenvolvimento de novas teorias e formas de entender o mundo.

A loucura, mesmo que entendida de diferentes formas teve sempre como marca a exclusão. Esta que foi enraizada pelos discursos dominantes, no sentido que sempre havia aqueles que determinavam o que podia ou não ser considerado anormal. Nesse sentido, “O corpo do louco é vitimado com a exclusão tal quais os leprosos e os heréticos o foram em outras épocas, mas essa não é a vitimização única que se abate sobre a loucura” (PROVIDELO; YASUI, 2013 p. 1520). A exclusão do louco, não acontece apenas com aprisionamento do seu corpo, mas também o controle do seu discurso, este que não pode circular com o dos outros (FOUCAULT, 1996).

No momento em que o modelo capitalista de produção percebe os corpos que não correspondem ao padrão de acumulação capitalista, ou seja, que não apresentam a possibilidade da docilidade-utilidade (FOUCAULT, 1987) há uma higienização em massa dos que não servem para o capital, seus corpos agora excluídos apenas reafirma que estes sempre estarão presos no interior de poderes muito apertados, que impõem limitações, proibições e obrigações (FOUCAULT, 1987). O louco, banido da sociedade, foi confinado em hospitais gerais, juntamente com outros sujeitos também marginalizados, tais como inválidos pobres, portadores de doenças venéreas, libertinos, etc.(FOUCAULT, 1975). No momento em que a ciência toma para si a responsabilidade sobre a loucura, enxergamos o momento em que se “cria” o conceito de “doença mental”. Para Providelo e Yasui (2013, p. 1520):

No século XIX, os psiquiatras resolvem ‘libertar’ os loucos do convívio confinado com libertinos, hereges, usurários, homossexuais etc. para dar a eles um tratamento médico. É aqui, e somente aqui, que a loucura passa para o domínio da ciência, deixando de ser uma questão social, moral e jurídica de exclusão para ser uma questão médica de exclusão.

O corpo vigiado, moldado e subalternizado, agora como foco de estudo de uma ciência de forma mais específica, mais uma vez será objeto de exclusão e punição. No modelo de atenção pensado para aqueles que eram denominados como doentes mentais, a base das ações eram pautadas com base na disciplinaridade. Os sujeitos são

enquadrados em dispositivos que os tornam objetos e alvo de poder (FOUCAULT, 1987).

A disciplina organiza um espaço e no modelo manicomial de reclusão é justificado, pois “o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado no seu erro” (FOUCAULT, 1975, p. 82). A organização nos espaços permite a obediência dos sujeitos, a homogeneização das particularidades e verdadeiros “quadros vivos” (FOUCAULT, 1987). O intuito é fabricar corpos dóceis e úteis através de uma modulação do próprio corpo. As práticas “testadas” como forma de disciplina dessas pessoas, perpassavam por atos desumanos e de tortura. O louco afastado da família era objeto das descobertas da neurociência e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, no século XX (ZANELLO, BUKOWTIZ, 2012).

O hospital psiquiátrico hora visto como solução para os alienados passa ter seus métodos questionados, e o modelo asilar/opressor percebido como cronificador da própria doença, apresentam desníveis que esbarram no sentimento de solidariedade na qual a sociedade passa ser regida através da massificação dos princípios de liberdade, fraternidade e igualdade, preconizados pela Revolução Francesa de 1789. (ROSA, 2006). Um dos marcos desse novo modo de entendimento da loucura acontece em 1801, quando Philippe Pinel publicou o clássico “Tratado médico-filosófico sobre alienação ou mania”. Pinel propõe entre seus métodos, modelos mais humanizados de tratamento, baseados no diálogo e na participação da família no processo de cura do doente. A partir das contribuições de Pinel, “os transtornos mentais foram considerados como resultado das tensões sociais e psicológicas excessivas, de causas hereditárias, ou ainda, originadas de acidentes físicos” (MILLANI, VALENTE, 2008, p. 10).

Outro importante aspecto que contribuiu para a remodelação do modelo de assistência médica direcionada às pessoas com transtornos mentais foi o fim da segunda guerra mundial (ROSA, 2006) e (VASCONCELOS, 2008) e com isso a onda de crescimento econômico, reconstrução social e toda preocupação com as minorias e os direitos humanos se constituem como pontos importantes nesse novo reordenamento do entendimento de adoecimento mental.

Para Yasui (2006), a criação do Hospício de Alienados Pedro II, é o marco inaugural da psiquiatria no país. O discurso da desinstitucionalização não foi realidade apenas no Brasil. O trato da loucura de forma mais científica e humanizada, foi implantando em diferentes experiências de países americanos, europeus e

principalmente, o modelo de atenção italiano que influenciou fortemente a realidade brasileira (ROSA, 2003).

Destaque para influencia europeia e americana que serviram de inspiração para os debates sobre reforma no Brasil. Para Amarante (1996) o movimento italiano influenciado por basaglia, foi incorporado de forma importante no processo de reforma psiquiátrica brasileira (1996, p. 31):

[...] a desinstitucionalização na psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se neste período de transição, onde se inicia uma fase de afastamento do paradigma clássico, com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Isso significa que, ao abrir um processo de re-complexificação da loucura, contribui com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo da teoria das ciências e do conhecimento.

Fonte (2011) destaca que no cenário mundial, podemos identificar 03 movimentos denominados *Psiquiatria de Setor*, na França, que para Amarante (2007) sinaliza que pela primeira vez se falou e implementou a regionalização da assistência psiquiátrica. Já a psicoterapia institucional, também de origem francesa, alimentava-se do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações interinstitucionais; as *Comunidades Terapêuticas*, na Inglaterra, estas que tinha como objetivo estimular os dispositivos grupais e a participação na vida e no trabalho dentro da instituição; e a *Psiquiatria Preventiva*, nos EUA, que segundo Desviat (1999, p.59), era composta por: “a ideia de prevenção, risco e população de risco”. Assim, na tentativa de evitar e tratar a “crise” o mais rápido possível foram criadas uma rede de serviços comunitários em diferentes pontos dos EUA. Há ainda o movimento da antipsiquiatria, que por meio de duras críticas aos psiquiatras, serviu de base para surgimento do movimento da reforma.

No Brasil, os impactos dessa influência são sentidos em diversos segmentos da sociedade, incluindo assim a angústia de profissionais, familiares e movimentos sociais. Entre o período de 70 e 80, com o final do período ditatorial e o processo de redemocratização no país, as críticas ao modelo manicomial e as condições insalubres de muitas instituições psiquiátricas se tornam contraditórias frente à bandeira levantada pelos movimentos sociais da época.

A medicina curativa tende a avançar, a privatização dos serviços faz surgir uma onda de ambulatorização, que restringe a saúde ao aspecto de mercadoria, na qual

apenas uma parte da parcela pode pagar, afinal o “ encarecimento dos serviços de saúde, decorrentes da ausência de um enfoque preventivo; à diminuição do humanismo na relação com o paciente, causada pela forte tendência à especialização, que transformava pacientes em um órgão doente” (BANCHER, 2004, p. 21). Por volta de 1970, também percebemos no Brasil o processo da Reforma Sanitária, que buscava a consolidação de um sistema de saúde no contexto nacional. No âmbito da saúde mental, Amarante (1998) aponta a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) de 1978 como o evento que deu origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Junto a esse segmento as críticas do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial ganha respaldo dentro do movimento de Reforma Sanitarista e torna-se “bandeira de vital importância” (ROSA, 2003) para que seja pensada uma Reforma mais específica no contexto de assistência psiquiátrica.

A principal fundamentação da bandeira do processo de desinstitucionalização era pautada por meio de um “novo paradigma político, social, científico e assistencial, instituído pela reforma psiquiátrica, *apresentando* a cidadania é o instrumento central de abordagem terapêutica, é a meta a ser atingida” (MILLANI; 2008 p. 17, grifo nosso). A cidadania é também pontuada por Gonçalves e Sena (2001) como objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas de toda sociedade. Nesse aspecto, a saúde “possui um valor universal e por ser considerada como parte integrante das condições mínimas de sobrevivência é componente fundamental da democracia e da cidadania” (YASUI, 2006. p. 38). O sentimento de luta pelas condições adequadas de saúde, e a problematização da importância da afirmação desses sujeitos enquanto portadores de direitos reafirma a importância dos movimentos sociais, protagonizado, inclusive, pelos familiares cuidadores das pessoas com transtornos mentais, Amarante (1998, p.82):

Com o processo da reforma psiquiátrica saindo do âmbito exclusivo dos técnicos e das técnicas, e chegando até a sociedade civil, surgiram novas estratégias de ação cultural com a organização de festas e eventos sociais e políticos nas comunidades, na construção de possibilidades até então impossíveis.

Silva et al (2015) apresenta como marcos teóricos importantes para construção de um espaço promissor para a defesa da Reforma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986); a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). O processo de consolidação da Reforma pode ser entendido

como a criação de um espaço público de diálogo sobre o trato da loucura. Segundo Yasui (2006, p. 22):

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado à concretização de seus direitos.

Os resultados dessas interlocuções ganham visibilidade a partir de 1992, quando gradativamente percebemos a aprovação das primeiras leis que versam sobre a substituição dos manicômios por serviços menos invasivos e que estejam pautados na proposta desse novo modelo de atenção (BRASIL, 2005). A lei conhecida como “Paulo Delgado” sancionada em 2001, após 12 anos de tramitação no congresso, foi precursora das principais leis e portarias por nós conhecidas. No balanço feito pelo Ministério da Saúde, intitulado “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil” apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005), compreendemos que o marco principal da Reforma é consolidado a partir da promulgação da Lei Nº 10.216/2001 que:

Impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p.8)

Em síntese, observamos uma transição do modelo hospitalocêntrico de atenção para o modelo biopsicossocial, que inclui a necessidade de se pensar também o papel dos determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, resultando assim em uma nova forma de assistir às pessoas com transtornos mentais, por meio de serviços substitutivos que buscam dar uma nova dimensão para o cuidado comunitário. Lembrando que para Loureiro et al (2015, p. 52)

O risco de doenças mentais é assim influenciado pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e institucionais, significando que

as características socioambientais dos lugares onde se nasce, cresce, vivem, trabalha e envelhece condicionam a saúde mental individual e coletiva.

Historicamente a atenção à figura do “louco” na sociedade esteve condicionada às questões de improdutividade para o capital, sendo o caráter repressivo assistencial, capaz de homogeneizar as questões dos sujeitos de forma a não responder suas necessidades. Não sendo capaz de oferecer a assistência necessária, surge o questionamento desse modelo hopistalocêntrico e cronificador. Vasconcelos (2008) e Rosa (2006) elencam determinantes e condições históricas que justificam o processo de luta pela desinstitucionalização psiquiátrica: contexto histórico do pós-guerra que faz emergir uma solidariedade nacional e a necessidade de investimento na reabilitação dos soldados; ausência de mão-de-obra e revalorização do trabalho humano; transição demográfica; processo de democratização; desenvolvimento de sistemas massivos de bem-estar social e de saúde; novas teorias e práticas terapêuticas; estratégias de modernização; reconhecimento do anacronismo das instituições particularmente do tipo asilar; práticas neoliberais e como consequência o detrimento social em função do econômico que reflete diretamente na qualidade dos serviços.

No Brasil, a periodização do processo de Reforma Psiquiátrica, é subdividida por Vasconcelos (2008) em três grandes fases:

Primeira grande fase (1978-1992): Mobilização social e crítica do sistema hospitalar e asilar, entrada no aparelho de Estado e a primeira experiência de humanização e controle da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental, com destaque para o terceiro período dessa grande fase, onde há a emergência da luta antimanicomial e transição da estratégia política em direção ao modelo da desinstitucionalização psiquiátrica, por meio do lançamento do projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e substituição gradativa dos serviços de tipo manicomial;

Segunda grande fase (1992-2001): Implementação da estratégia de desinstitucionalização, consolidação do movimento da luta antimanicomial e o impacto neoliberal, como reflexo desse impacto percebemos a limitação do avanço na reforma no plano federal;

Terceira grande fase (2001- ?): Consolidação da hegemonia reformista e da rede de atenção psicossocial. Sendo necessário o destaque para a aprovação da Lei Nº 10.216 de 2001, que afirma a reforma psiquiátrica como política. A terceira fase tem data de

início e está em curso até hoje, ela engloba todos os atuais desafios com relação à concretização da agenda de reformas que apresenta questões políticas e culturais.

Vasconcelos (2010) aponta como os desafios contemporâneos a serem enfrentados: o corporativismo médico, a flexibilização das políticas trabalhistas, a consolidação da atenção à crise, a emergência de grupos desfiliaados associados ao uso abusivo de drogas, e a fragmentação do movimento antimanicomial. Aliados a tais questões, não podemos deixar de problematizar como a atual política neoliberal tende a refletir em aspectos negativos nas formas em que os serviços estão sendo organizados.

Dessa forma a terceira grande fase, assim intitulada por Vasconcelos (2008), tende a lidar com grandes desafios que demandam o esforço coletivo em prol da continuidade da luta antimanicomial que agora se esbarra em novas questões. Os desafios são muitos, o movimento carece de força e as contrarreformas neoliberais são ameaças reais e que se estabelecem ameaçando todas as conquistas alcançadas. O exemplo, destacamos a nota técnica 11/19, intitulada “Nova Saúde Mental” esta que além de consolidar como uma verdadeira barreira para expansão dos serviços substitutivos, em especial os CAPS, ainda propõe a inclusão dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e financiamento da compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (eletrochoque- ECT) com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em repúdio a nota, o Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (2019), ressalta que a nota ataca diretamente os direitos humanos e o cuidado humanizado junto a usuários e familiares. Com relação à esfera do cuidado e a responsabilização da família, Vasconcelos (2010, p. 35) ao falar dos novos desafios assenta que:

De meu ponto de vista, as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequada para eles.

Com a desagregação da esfera pública Melo (2012, p. 94) destaca que:

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil também vem sofrendo alguns ataques no decorrer de seu processo, por conta de toda conjuntura de desmobilização dos movimentos sociais, assim como o movimento geral da luta dos trabalhadores, este movimento vem apresentando ao longo dos últimos anos um recuo que nos mostra uma frágil articulação política e de mobilização social em trono da bandeira de luta pela saúde pública.

Além de problematizarmos historicamente a Reforma, é necessário pensarmos o seu significado nas diferentes dimensões: a política, epistemológica, a técnico-

assistencial, e a sociocultural. (YASUI, 2006). Refletir o seu aspecto político é decisivamente necessário até mesmo para incorporação da ideia de saúde como direito, e para inclusão da temática na agenda pública. Resultado de reivindicações e lutas, proveniente de um movimento social complexo capaz de unir as singularidades de interesses dos mais diferentes atores, o movimento da reforma traz consigo um significado impar e que ainda hoje agrega conquistas.

Yasui (2006, p. 17) enfatiza bem a escolha do termo ao definir a primeira dimensão como política:

A ênfase ao termo político visa destacar exatamente as tensões e conflitos decorrentes das ações que provocam e interrogam a relação entre Estado e Sociedade, e que produzem resultados nem sempre ideais, por vezes negociados, por exemplo, todo o processo envolvido até a aprovação da lei 10216.

Pitta (2011, p. 4585) periodiza alguns momentos da agenda reformista e explicita os segmentos que estiveram envolvidos no contexto de luta, percebemos que a problematização e incorporação da dimensão política da reforma não se articula no vazio e sim nas necessidades de diferentes setores afetados pela ausência de uma política pública que fosse institucionalizada em lei:

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é mais amplo. Incorpora a militância do Movimento da Luta Antimanicomial e de suas dissidências, mas também setores contra hegemônicos de governos, sociedade civil, corporações da área, usuários, familiares, Universidades, aparelhos formadores e outros. Foi importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde com pretensões de acessibilidade universal, reorientação da Saúde Mental no Brasil e a aprovação da sua Lei Federal 10.216/2001.

As leis, portarias e demais legislações provenientes do processo da reforma psiquiátrica podem ser entendidas também como resultados das lutas que englobam o que Yasui (2006) define como dimensão política ou jurídico-política. Já a dimensão epistemológica remodela a forma de ver o transtorno mental enquanto doença. Há mudanças de conceitos, produção de saberes, que tende a refletir diretamente nas práticas de atuação dos profissionais. E desse modo, na medida em que os hospitais deixaram de ser “casas de morte” e se converteram em centros de cuidado, a origem social e o trato dos problemas dos seus usuários se alteraram (BAHIA, 2013).

Como afirma Yasui (2006, p. 69), a dimensão epistemológica vai além, pois:

Trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto. Mas ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e

nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas, tecidas. Produção de novos conceitos para novos problemas e objetos.

Pensar na superação de determinados paradigmas dentro da produção de conhecimento é também perceber o novo espaço para problematizar a importância dos determinantes sociais do processo saúde e doença, tendo em vista que as mudanças tendem a não se limitar apenas nos conceitos. O olhar médico é então reconfigurado e a loucura passa a ser entendida por um viés mais amplo sob o enfoque sociocultural e psicossocial, ou como afirma Yasui (2006, p. 90) a psiquiatria se renova “ao recusar-se a considerar o sofrimento humano apenas como o objeto simples da doença mental, mas considerá-lo em sua complexidade”.

Ao passo em que há uma recusa do modelo biomédico reducionista de identificação de uma doença mental, a busca da compreensão do fenômeno passa a acontecer por meio de uma análise mais abrangente, na qual como bem explicita Loureiro et al (2016, p. 74), o “contexto (território e ambientes de vivência do indivíduo) pode influenciar a saúde e o bem-estar mental”. Nessa perspectiva, percebe-se mais uma vez que o viés político também se interliga nessa dimensão. Como afirma Alves e Rodrigues (2010, p. 128):

O conhecimento dos determinantes sociais e econômicos da SM é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação de políticas numa perspectiva de Saúde Pública, contribuindo deste modo para melhorar a SM das populações e reduzir a carga global de doença.

A reforma psiquiátrica em suas diferentes dimensões e desdobramentos explicita a complexidade do processo de tomada de consciência de uma sociedade, que por anos tratou a loucura como um problema, por vezes, restrito à intimidade da esfera privada. E a dimensão técnico-assistencial diz respeito justamente à forma como os serviços são organizados em uma nova perspectiva de inclusão e da redução do número de pessoas que eram obrigadas a criar estratégias próprias para lidar com a loucura.(YASUI, 2006). Há o surgimento de diversos serviços substitutivos apoiados pelo paradigma da desinstitucionalização, que possibilitam o tratamento menos invasivo, mais humanizado e com ênfase na necessidade do cuidado comunitário.

Pitta (2011, p. 4587) ao discorrer sobre a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial não apresenta uma visão iludida de que o projeto de reforma resultou em algo perfeito e acabado:

A substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei. De modo não linear e simétrico, e com muitas resistências, essa rede vem sendo construída no território nacional.

Segundo a portaria Nº 3.088 de Dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é formada pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial. Serviços que tem como um dos seus objetivos “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.” (BRASIL, 2011, art. 3º). A portaria contempla entre seus objetivos e diretrizes, aspectos que coadunam com os três eixos mencionados por Yasui (2006).

Foi a partir de 2001, com a promulgação da lei específica de saúde mental que linhas específicas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005). Pensar na reconfiguração dos serviços é enfatizar a importância dos CAPS. Segundo Yasui (2006, p. 115) o CAPS é “o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental”. Porém, mais do que refletir sobre os serviços, pensar a desinstitucionalização é também entender que os muros dos manicômios não são mais suficientes para esconder as necessidades dos usuários. As primeiras portas se abrem e os sujeitos já não têm apenas direito ao restrito pátio dos serviços. E quando as portas se abrem, novos temas devem ser pensados, como a comunidade, o território, o cuidado e em especial a família. Uma das premissas que direcionam o trabalho nos CAPS, diz respeito à determinação da realização de atividades prioritariamente em espaços coletivos, que demanda uma comunidade mais aberta para inserção e acolhida desses usuários, talvez seja nesse aspecto que encontramos o diferencial e a importância dos serviços realizados nesses centros. Em 2004, foi realizado primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005). Momento de alinhamento da oferta de serviços proporcionado pelas instituições e também representação do esforço federal para construção de espaços para discutir as linhas de ação do processo de transição do modelo hospitalocêntrico.

Falar da importância do CAPS exige descrever em números o processo de implantação desse modelo de serviço ao longo dos anos. Segundo o relatório “Saúde Mental em Dados”, publicado em 2011 pelo Ministério da Saúde, A cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%, de acordo com novos números, a cobertura passou a ser 66%, representando 1620 CAPS (BRASIL, 2011). O Piauí, neste período, passa de um indicador de 0,03 CAPS para cada 100.000 habitantes para 0,82 CAPS para cada 100.000 habitantes. O Nordeste apresenta-se como a região que mais expandiu sua cobertura média de 0,12 CAPS por para 0,81 CAPS por 100.000 habitantes. Ao passo em que esses números aumentaram de forma positiva, a redução de leitos de baixa qualidade e com características manicomializadas reduziram em cerca de 18.000 leitos (BRASIL, 2011).

Em estudo recente sobre a regionalização da saúde mental no Brasil, Macedo et al (2017), descreve quantitativamente o mapeamento da distribuição dos serviços de atenção psicossocial em nível nacional. No Brasil, atualmente contamos com 1,135 CAPS I, estes que se concentram majoritariamente no Nordeste. No caso dos CAPS II, no Brasil, contamos com 488 desses centros, onde 29,5% deles se estão localizados na região nordeste do país; a modalidade CAPS III está representada por um total de 92 centros em todo Brasil, desses, 22 estão situados na região nordeste. Na modalidade CAPS AD e CAPS AD III, temos respectivamente, 315 e 88 centros, em todo Brasil. Destacamos a particularidade da nossa capital, que não dispõe de um CAPS AD III. Já a atenção especializada de crianças e adolescentes, nos CAPS infantis, é representada por 210 centros distribuídos em todo país. Desses, 21,1% está situado na região Nordeste, representado por 45 centros.

Analisar o deslocamento do lugar de cuidado das pessoas com transtornos mentais e a expansão do número de CAPS, nos leva a entender a importância do território junto à dimensão técnico-assistencial, que diz respeito ainda em atender a necessidade de organizar os serviços para que os mesmos estejam disponíveis para responder as necessidades dos usuários. Mas também, como afirma Loureiro et al (2016, p. 83):

Os processos de tomada de decisão e as intervenções no território (ações, medidas, políticas, relativas a planejamento urbano, distribuição de redes de infraestruturas de serviços, por exemplo) deverão considerar as dinâmicas demográficas e sociais, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos espaços, para que se atinjam ganhos em saúde.

Reformar o sistema não diz respeito somente a mudar o lugar em que a loucura é tratada e sim expandir o local social e geográfico para que o usuário possa se sentir parte de um todo, de uma comunidade. Como já mencionei, o processo de Reforma é complexo, em suas mais variadas dimensões. Não à toa, ainda estamos em curso nessa caminhada. A quarta dimensão é sem dúvidas a que mais tem imbricado em seu significado a ideia de caminhada. A dimensão sociocultural é resguardada pelo olhar do outro, pela percepção de uma sociedade que foi ensinada a temer o louco. Ela vai além dos propósitos de gestores e reformistas, pois depende da superação interior do estigma sócio comportamental de cada um daqueles compõe a sociedade em geral. Como afirma Yasui (2006, p. 95):

Um dos campos de transformação propostos pela Reforma Psiquiátrica é o campo sociocultural. Trata-se aqui de se operar transformações no imaginário social sobre a loucura, a doença mental, etc. Ou seja, propõe-se que todo conhecimento produzido por este processo seja incorporado como um bem cultural, que faça parte do senso comum.

Com o alargamento do espaço social dessas pessoas, deve ser levado em conta também a forma como a comunidade e o Estado vão se organizar. Na ascensão de novos serviços, as famílias, em especial o familiar-cuidador, reaparecem com um novo papel dentro do apoio no tratamento das pessoas com transtornos mentais, e tem apresentando grande importância no novo cenário de desinstitucionalização, sendo então, vista como a maior parceira no cuidado comunitário.

A família não sustentará em tratar a loucura na privacidade do lar e a Pessoa com Transtorno Mental – PTM, enquanto cidadão de direito, deve ter todos os meios para se inserir na comunidade. Desse modo, a questão do território deve ser duplamente avaliada: espaço geográfico e sociocultural em que os usuários estão inseridos.

Nas continuidades do processo de parceria, seria a família o principal elo entre as dimensões técnico-assistencial e sociocultural. Uma das diretrizes elencadas na portaria de Nº 3088, diz respeito “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (BRASIL, 2011, art. 2º), desse modo os familiares são capazes de serem ouvidos dentro e fora dos serviços. Contribuindo então, na forma como os serviços estão sendo elaborados (dimensão técnico-assistencial) e realizando um trabalho diário de conscientização junto à comunidade, em busca da superação de estigmas e preconceitos que ainda perpassam a vida de seus familiares-usuários (dimensão sociocultural).

Contextualizar o caminho de desafios e avanços da Reforma Psiquiátrica é sem dúvida uma atividade necessária para pensarmos a família nesse contexto. Quando digo família, refiro-me em especial ao familiar cuidador. Percebemos a partir do processo de luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental, que algumas questões entraram em debate por meio da inserção familiar no contexto reformista, em especial o lugar ocupado pelos mesmos dentro do processo de atenção e cuidado. Rosa (2009, p. 162) destaca:

A família no interior dos debates reformistas, ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político. Tais dimensões não são excludentes, ao contrário, fundem-se em várias circunstâncias, e em algumas situações uma ou outra dessas identidades se sobressai mais.

A desospitalização e o movimento de crítica e reforma psiquiátrica, obriga rediscutir as bases da nova relação da família nesse contexto (MELMAN, 2008). Para tanto precisamos repensar os lugares ocupados por esses sujeitos ao longo da construção do entendimento e “alinhamento” da loucura. Nos diferentes “papéis” ocupados pela família, destacamos inicialmente uma das visões disseminadas a partir da atuação da família no adoecimento dos sujeitos. No final da década de 1950, Pichon-Rivière (1983) percebia o doente como “depositário e porta-voz” (MELMAN, 2008, p.64) da patologia de toda família. Nesse sentido, a família é vista negativamente.

A noção patológica da família perdurou até a década de 1960, junto ao movimento da antipsiquiatria. Entre os críticos da psiquiatria, as ideias iam ao encontro de uma visão cronificadora da família:

Para os autores, Laing e Cooper, a origem da psicose, principalmente dos quadros esquizofrênicos, era resultante da ação danosa das relações familiares sobre o indivíduo mais frágil do grupo. Nos estudos de Laing (1961), o padrão característico de famílias de esquizofrênicos mostrava a presença de um meio familiar negligente, incapaz de cuidar do desenvolvimento de seus membros mais frágeis de forma satisfatória. (MELMAN, 2008, p. 67)

Saraceno (1995) ousou ao criticar os teóricos reducionistas e culpabilizantes da família, ao afirmar que as teorias elaboradas eram frutos das dificuldades em atender as necessidades das pessoas doentes, fora do manicômio e desse modo, era mais fácil achar alguém mais para direcionar o problema, no caso, a família. Para Melman (2008, p. 71):

Provavelmente, Saraceno exagera ao afirmar que, em última análise, os profissionais de saúde mental formulam suas teorias culpabilizantes para não se responsabilizar junto aos familiares pelo cuidado em relação aos pacientes [...] Só [...] Em 1975, Hirsh e Leff realizaram um amplo e bem organizado

estudo para testar a hipótese da família como causa da esquizofrenia e concluíram que faltavam evidências substanciais para sustentar qualquer uma das teorias que imputavam às relações familiares a gênese da doença mental.

Superadas as teorias sobre a influência negativa da família, surge então o novo olhar sobre esses atores, com o processo Reforma Psiquiátrica, e a volta da pessoa doente ao lar. Novas funções são exigidas dessa família. Nesse aspecto é preciso fazer a ressalva que o modelo proposto e a tendência de responsabilização desses sujeitos não pode ser vistos como um simples redirecionamento. A atuação dos familiares cuidadores fornece para literatura uma discussão que envolve agora o outro lado da história: a presença de uma pessoa com transtorno mental grave e o impacto produzido nos outros membros da família (MELMAN, 2008), em especial a figura do cuidador. Nessa dinâmica do cuidado, o campo de discussão serve de caminho para se discutir o processo de alocação desigual das responsabilidades, bem como os marcadores de gênero nas atividades de cuidar.

Segundo o dicionário online Léxico (2009)¹, a palavra “atenção” pode ser entendida como “dedicação, solicitude ou zelo com algo ou alguém” e se aplicada em uma frase, a “à atenção de” é sinônimo de “ao cuidado de”. Enquanto, “chamar a atenção” pode ser traduzido como “fazer alguma coisa que dá nas vistas; fazer com que se note ou repare em algo”. No momento, estamos vivendo uma dinâmica em que exige a dedicação de diferentes sujeitos para que se consolide uma atenção psicossocial que responda as necessidades dos usuários nos mais diversos territórios possíveis: o território da saúde, da assistência, da comunidade, o lugar social do sujeito enquanto cidadão e outros. Para tanto, é preciso ainda, problematizar o contexto de quem prover a “a atenção de”.

Do outro lado entendemos que é necessário chamar a atenção (no sentido de “reparar em algo”) para a realidade dos sujeitos que organizam a dinâmica do “zelo com alguém” no âmbito do cuidado, em especial, o doméstico. No caso, é preciso olhar para esses cuidadores e as singularidades do cuidado provido por eles.

Desse modo, cuidado pode ser definido, partindo da sua etiologia, ou seja, do processo de questionamento “de onde veio essa palavra?”, como um processo contínuo

¹ Significados encontrados no Dicionário Online Léxico. Site disponível para consulta <https://www.lexico.pt/atencao/>

de pensamento. A palavra de origem latina “cogitare” faz referência ao “pensar”, “agir” e “preparar”, que disposto em ordem racional descreve o processo prático do cuidar.

Enquanto atividade que não se restringe a termos conceituais e etimológicos, o cuidado pode ser definido como: formal e informal; remunerado ou não; “care” (HIRATA; KEGOART, 2007) ou simplesmente cuidado enquanto necessidade ontológica do ser social. Nas possibilidades de sentidos, filiamos nosso pensamento ao ponto comum dessas definições, que se encontra quando pensamos cuidado enquanto “relações desiguais e consubstanciais perpassadas por assimetrias socialmente estabelecidas de gênero, idade, classe social, raça e etnia, que se recobrem parcialmente, implicam um exercício de poder e exigem qualificações específicas” (SOARES, 2012, p. 45).

Dentre o patrimônio de cantigas populares com as quais adormecem nossas crianças, uma das mais conhecidas se chama “Nana Neném”, que em linhas gerais demonstra um fato no mínimo curioso. Mesmo a música chamando atenção para uma narrativa na qual a criança deve dormir, pois senão a “cuca” (monstro) vai pegar. Assentamos o olhar para os locais os quais seus pais estão se deslocando: o pai vai para roça e a mãe vai trabalhar. Na canção o local de trabalho da mãe pode ser facilmente compreendido como uma atividade que acontece no âmbito público e não privado/doméstico, afinal o tempo do verbo “ir”, indica uma ideia de deslocamento, de ação futura que não acontece no momento presente do lar. Porque chamamos atenção do leitor para tal fato? Partir dos “lugares” de homens e mulheres na dicotomia público/privado, nos faz pensar como o cuidado é desenvolvido e absorvido enquanto função de capacidade humana.

Ainda partindo da etiologia das palavras, convidamos mais uma vez o leitor para debruçar-se sobre a canção de ninar supracitada. A origem do vocábulo homem, enquanto gênero humano está relacionado com a ideia de *humus*, “terra”, em latim. Em inglês, a palavra *man* significa “ser humano”, “**homem**”, e segundo etimólogos, está conectada à raiz indo-europeia *men-*, “pensar”. O **homem**, nesse sentido, é o pensante por definição. Logo, não causa estranheza a construção social que elege o âmbito público como o lugar do homem, afinal se este é o pensante por definição, ele guarda consigo a capacidade racional de se adequar a “rua” (DAMATTA, 1987), enquanto lugar dos dominantes.

Caricaturalmente a imagem do homem é pensada correlacionada à força física e a virilidade, tanto que a “terra” ou a “roça” são locais que exigem tais características.

Em contrapartida, de forma diametralmente oposta está à etiologia da palavra mulher, que tem origem da definição de *mulier*, “mulher”, *mollis*, que em termos gerais significa “mole”. E por falar em antagonismo, assim como Roberto Damatta (1997) define a rua como o lugar dos dominantes, a casa enquanto espaço doméstico é “falada” a partir do idioma dos subordinados: as mulheres.

Ayres (2009, p. 42) ainda delimita seu entendimento de cuidado, pensando enquanto categoria filosófica, como:

Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

O envolvimento de sujeitos no contexto do cuidado doméstico em saúde mental se dá principalmente entre membros das famílias. Já os saberes são adquiridos no cotidiano e na dedicação do cuidador em desenvolver formas de lidar com o transtorno mental no dia-a-dia e “paralelamente, a organização da vida do/a provedor/a de cuidado é também marcada por uma preocupação de coordenar temporalidades em torno da pessoa ajudada” (DAMAMME, 2015, p. 203.). Em outras palavras, “En las tareas de cuidado se vuelcan sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo.” (KRMPOTIC; DE IESO, 2010, p. 96).

Segundo Klock et al (2005, p. 239):

Compõe o sistema de cuidado à saúde: 1) o setor popular, representado por pessoal não profissional relacionado ao doente, tais como família, vizinhança, amigos; 2) o setor profissional, representado por profissões de cura organizadas, inclusive a homeopatia e a acupuntura; 3) o setor folk, em que são reconhecidos especialistas de cura, porém sem burocracia e regulamentação, como as benzedeiras, as curandeiras, dentre outras.

O setor popular, onde estão situados nossos sujeitos, nos direciona para a análise desse status de cuidador, que foi profundamente direcionado pelos lugares em que homens e mulheres ocupavam no processo de divisão sexual do trabalho. Sendo o gênero, categoria definidora do binômio espaço público/espço privado, para Hedler et all (2016, p. 196) ao citar Krampotic e De Ieso (2010) “as desigualdades de gênero e a desigualdade das distribuições das tarefas condicionam a realidade do cuidado familiar. A quase totalidade do cuidado está em mãos de mulheres com menor nível educacional, sem emprego e condição social subalterna”.

Tal afirmação nos remete às questões de classe que perpassam a realidade desses cuidadores, e, principalmente, às questões que dizem respeito à dominação ideológica baseada na posição que cada sujeito assume ou é impelido a assumir frente ao processo de reprodução capitalista. Nesse contexto, a figura da mulher se visibiliza junto com o “não valor” do cuidado doméstico. Para Hirata e Kergoat (2007, p. 599):

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão sexual do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor adicionado (políticos, econômicos, militares etc.).

Nessa ciranda do cuidado os atores tendem a ocupar posições que em grande parte carregam o forte eco das determinações baseadas nas diferenças de gênero, e nessa dinâmica os papéis sociais dos sujeitos se engendram quase que de forma “natural”. Segundo Oliveira (2007, p. 124):

Os papéis sexuais familiares estão associados a valores e normas, bem como a funções que são atribuídas separadamente ao homem e à mulher. Esses papéis são marcadamente diferentes e as funções mais valorizadas, são em geral, aquelas desenvolvidas pelo homem. Desse modo, os papéis familiares – masculino e feminino- estão relacionados de forma complexa a uma posição de status, que na sociedade de urbano-industrial é definida de acordo com a profissão, o rendimento e o estilo de vida.

O cuidado, como função historicamente associada à figura feminina, pode ser pensando a partir de dois vieses: cuidado remunerado e não remunerado. Sendo nosso foco, o cuidado provido por familiares cuidadores de forma não remunerada. Segundo Andrea Gama (2014, p. 46):

Em termos gerais, podemos conceber o cuidado como uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento nem valoração social. Compreende tanto o cuidado material como o imaterial que implica um vínculo afetivo e emocional. Supõe um vínculo entre quem presta e quem recebe o cuidado. Baseia-se no relacional e não somente em uma obrigação jurídica estabelecida por lei, mas também as emoções que se expressam nas relações familiares, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-las e mantê-las. Pode ser remunerado ou não. Porém, mesmo fora do marco familiar, o trabalho de cuidados está marcado pela relação do serviço com um caráter de proximidade.

Ainda podemos pensar o cuidado enquanto desdobramento das condições de cada composição familiar, afinal o gênero é categoria teórica importante para análise, mas não somente ele. Devemos pensar nas condições sociais, econômicas, culturais e geracionais de cada família. Para Krmpotic e De Ieso (2010, p. 99):

Os cuidados constituem um aspecto da solidariedade familiar e são as condições de gênero, étnico/cultural e geracional que explicam a responsabilidade de assumir o cuidado no âmbito familiar e na rede social informal.

A família em seus diferentes aspectos, após os avanços no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica e as contrarreformas proporcionadas pelas políticas neoliberais em curso, tem sido chamada para compor uma espécie de *Welfare Mix*, na qual o Estado, sociedade civil e a mercado são tripés importantes para compor a assistência (PFEIFER; NOGUEIRA, 2005). Quando o estado se esvazia de algumas funções e “requer” a família como principal parceira em diversos momentos, em especial, na linha de frente do processo de cuidado, ele acaba contribuindo para uma reprodução de papéis baseados em famílias nucleares tradicionais e que em algum momento vai sobrecarregar principalmente as mulheres.

É interessante pensarmos de onde esse cuidado provido por cuidadores em saúde mental se assenta. Normalmente são famílias com poder aquisitivo baixo e que nem sempre são capazes de responder as “obrigações” que se espera enquanto função da família. Em geral, as famílias são formadas para além dos laços consanguíneos e com a premissa fundamental da ajuda mútua, de modo que a assistência dos membros que compõem essas famílias, “é possibilitada pela mobilização cotidiana de uma rede familiar que ultrapassa os limites das casas” (SARTI, 2007, p. 68).

Essas ressalvas são importantes para pensar nas formas de cuidado desempenhada pelas famílias. Questões de raça, classe, etnia e gênero são aspectos importantes para situar a discussão. O cuidado é sem dúvida uma esfera que nos remete a pensar na figura das mulheres e que pode ser entendido como “resultado de muitos atos pequenos e sutis, conscientes ou inconscientes que não se pode considerar que sejam completamente naturais ou sem esforço” (CARLOTO, 2015, p. 192). Dito isso, poderia indagar: encontre o erro. Afinal, como podemos pensar o cuidado como algo naturalizado para as mulheres, se sua definição abre espaço para entendermos o cuidado enquanto capacidade humana?

Ao defender uma Ética do cuidado, Gilligan, faz importantes pontuações (2011, p. 22):

Em meio a uma estrutura patriarcal, o cuidado é uma ética feminina. Em meio a uma estrutura democrática, o cuidado é uma ética humana. A ética do cuidado feminista é uma voz diferente em meio a cultura patriarcal porque ela junta razão com emoção, mente com corpo, self com relacionamentos,

homens com mulheres, resistindo às divisões que mantêm uma ordem patriarcal.

A autora consegue sintetizar de maneira impar as particularidades do cuidado. Em meio a uma estrutura patriarcal baseada em papéis sociais fortemente imbricados nas relações de produção capitalista visionária de lucro, produção de bens e valores, encontramos uma estrutura com armas suficientes para aprisionar mulheres no âmbito privado; e desse modo, implicar a naturalização do cuidado doméstico a elas. Numa estrutura democrática, baseada na equidade de gênero e a sobreposição dos lugares sociais impostos a homens e mulheres, temos espaço para o entendimento do cuidado enquanto função humana.

É nesse caminho que nos deparamos com a ética do cuidado feminista, que se apresenta enquanto um norte para que possamos trazer à tona as questões que estão por trás da naturalização do cuidado feminino. Como afirma Kuhnen (2014, p. 8), “a ética do cuidado permite ainda questionar a cultura que opõe os gêneros, isto é, que induz meninos a esconder seus sentimentos como se isso fosse parte do processo natural ‘de formação da masculinidade’”. Assim, homens e mulheres estarão capacitados para desempenhar cuidado. A masculinidade em sua construção derivada das práticas sociais, ao torna-se múltipla se adequa ao discurso da ética do cuidado feminista. O homem não aparecerá como aquele que ajuda, mas sim como o que compartilha e divide as responsabilidades.

Nesse cruzamento de ideias é que encontro espaço para pensar as questões de gênero no cuidado em saúde mental, especialmente trazendo para discussão as contribuições teóricas acerca da masculinidade e do cuidado.

2.2 GÊNERO E MASCULINIDADE: ONDE ESTÁ O CUIDADO?

O gênero, como afirma Connell e Pearse (2015, p. 25), “é uma arena em que enfrentamos questões práticas difíceis no que diz respeito à justiça, à identidade e até à sobrevivência”. Enquanto arena de conflitos, o uso da categoria exige cautela e comprometimento de modo que até mesmo conceitualmente o “gênero é uma palavra polissêmica, o que leva a uma definição vaga ou incerta do conceito” (CISNE, 2014, p. 66). Em português, a palavra pode significar um “grupo da classificação dos seres

vivos que reúne espécies vizinhas; classe gramatical; maneira de ser ou de fazer; sinônimo de estilo; diferença socialmente construída entre homens e mulheres²”.

Mesmo apresentando polissemia, tanto nos dicionários quanto nos conceitos que os autores se filiam teoricamente, Matos e Castelo Branco (2015, p. 7) destacam aspectos que apresentam certa unanimidade para representar a categoria:

Reconhecimento do caráter relacional, constituição histórica, social e cultural, presença de instâncias de poder, além de identificar que os valores e características atribuídos a homens e mulheres são internalizados através de processos de subjetivação.

Para Connell (2016, p. 17), “o gênero, pode-se dizer, é especificamente uma questão de corporificação social. Tecnicamente, o gênero pode ser definido como a estrutura de práticas reflexivas do corpo por meio das quais corpos sexuais são posicionados na história”. Desse modo, é importante perceber onde estão situados esses corpos, sendo o contexto social e cultural desses sujeitos aspectos a serem considerados na definição de gênero. Ainda citando Connell (2016, p. 48), “não podemos dizer, portanto, que os arranjos sociais simplesmente ‘expressam’ diferenças biológicas”. Somos culturalmente moldados e a temporalidade das práticas sociais é um importante aspecto que devemos levar em consideração quando percebemos a superação de papéis sociais engendrados, afinal os arranjos de gênero não são imutáveis (CONNELL, 2016).

Ao relembrar a discussão de Gilligan (2011), Kuhnen (2014) faz uma afirmação que encontra respaldo nas palavras de Connell (2016, p. 47) quando afirma que gênero é “acima de tudo, uma questão de relações sociais dentro das quais indivíduos e grupos atuam”. Para Kuhnen, (2014, p. 8):

A defesa que Gilligan faz das estratégias de resistência de meninas e meninos dentro do modelo patriarcal, que, por conseguinte, não se condicionam na descrição oferecida do desenvolvimento moral humano, mostra como é possível quebrar o ciclo de reprodução do sistema de oposição de gênero binário que constitui a base da sociedade patriarcal.

Desse modo, os indivíduos e grupos atuam em contexto fortemente marcado por diferentes exterioridades, que podem permanecer ou se modificarem. O Gênero, enquanto categoria histórica sofre constantes transformações e avanços no âmbito teórico que influenciam as práticas sociais cotidianas dos sujeitos.

² Significado encontrado no Dicionário Online. Site disponível para consulta <https://www.dicio.com.br/genero/>

Os estudos de gênero na saúde acompanham esses avanços conceituais. Sobre as discussões na área de saúde mental são comuns os trabalhos que buscam analisar as influências de gênero do usuário no processo de adoecimento. (ZANELLO, 2012). De modo que, os trabalhos centram-se nas diferentes abordagens para entender o adoecimento para além dos aspectos biologizantes. Como exemplo, temos as discussões, entre as teorias que buscam justificar o adoecimento de mulheres por conta das questões hormonais (naturalizantes) e os estudos que buscam trazer a perspectiva de gênero para contribuir com uma reflexão mais apurada e baseada na influência dos processos sociais. Como afirma Zanello (2012, p. 268):

Refletir acerca do gênero é desnaturalizar certas diferenças tidas como intrínsecas, cuja biologização levaria a sua reificação e à assunção de sua inevitabilidade. Isto se torna ainda mais evidente no campo da saúde mental, no qual há o fortalecimento do discurso cerebrocentista e biológico, e questões sociais podem ser invisibilidades e medicalizadas. Rer a saúde mental sob o viés das relações, portanto, a outras reflexões e a compreensão do quanto à loucura pode ser engendrada.

Os trabalhos desenvolvidos na área demonstram tendências interessantes, de modo que podemos perceber duas grandes contribuições desses estudos. Citando Zanello (2012, p. 268), traz contribuições de Phillips e First (2008), ao mencionar que “os estudos de gênero podem contribuir para a compreensão de pelo menos dois importantes pontos na área da saúde mental: epidemiologia e etiologia dos transtornos mentais”. Buscar entender os fatores de difusão e propagação das doenças (epidemiologia), de modo mais abrangente demonstra a necessidade de apreender os processos sociais envolvidos no processo de adoecimento, muitas vezes, viabilizados pela discussão de gênero. Há uma nítida evolução ao usarmos a categoria gênero para estudar os transtornos mentais: as reflexões deixam de centrar na explicação da doença e passam a incorporar marcadores sociais e culturais em suas análises.

É importante frisar que essa mudança de pensamento influencia uma remodelação do entendimento do processo de saúde e doença. Sendo pertinente a problematização das particularidades do gênero a partir dos condicionantes locais e econômicos da saúde mental, atrelado a isso, temos as novas possibilidades de tratar a temática dentro do contexto de cuidado em saúde mental.

Por meio da análise feita na pesquisa “A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero” (VILLELA et. al, 2009. p. 1000), percebe-se uma tendência que é também persistente na área de saúde mental: “os estudos são predominantes quantitativos, mulheres e homens são abordados

com maior frequência do que apenas mulheres ou apenas homens”. E mais uma vez o caráter relacional da categoria aparece como importante e necessário para as discussões no âmbito da saúde mental.

Em síntese, Rosa (2015, p. 42) destaca:

Observam-se avanços nos estudos relacionados às mulheres e ao gênero em saúde mental, extrapolando-se os marcadores biológicos para os determinantes sociais implicados nas relações de poder, abrangendo as peculiaridades introduzidas pelas demandas femininas aos serviços de saúde mental.

Mesmo as mulheres sendo destaque nos estudos de gênero no âmbito da saúde mental, há um leque de oportunidades existente para os pesquisadores quando o assunto é incorporar gênero em sua discussão. Connell (2016, p. 90) afirma “a igualdade de gênero foi inserida na agenda política por mulheres”. As contribuições do movimento feministas são inegáveis para o avanço das discussões de gênero. Tanto que graças à incorporação de uma discussão mais densa e baseada nas relações sociais entre homens e mulheres, e não apenas nas diferenças de sexo, que podemos tratar o gênero de forma que estudar mulheres é também estudar os homens, Harding (1993, p. 9):

O feminismo tem tido um importante papel na demonstração de que não há e nunca houve ‘homens’ genéricos – existem apenas homens e mulheres classificados em gêneros [...]. Ao invés disso, temos uma infinidade de mulheres que vivem em intrincados complexos históricos de classe, raça e cultura.

O movimento feminista é sem dúvidas elemento de importância fundamental para discussão de gênero, que no contexto nacional, surgiu acompanhando diferentes momentos do movimento, como refere Silva (2013, p. 108) ao expor que: “Os movimentos feministas no Brasil acompanharam a busca pelo sufrágio universal do século XIX, o pluralismo dos anos de 1960 e 1970 e influenciaram a produção acadêmica das ciências humanas e sociais”.

O feminismo é dividido em três momentos históricos (conhecidos como “ondas”): século XVIII e XIX – primeira fase; da segunda metade do século XIX ao final do século XX – segunda fase; e a partir do início do século XXI – terceira fase (SCAVONE, 2008). Na primeira fase percebemos reivindicações no plano dos direitos civis: o direito ao voto, ao estudo, à herança, à propriedade e ao trabalho remunerado, entre outros. A segunda onda do feminismo reafirmava a identidade da mulher, separada da identidade do homem. Tal discussão surgia também por meio dos perigos

da definição de gênero, pois a partir do momento que definimos gênero como a construção social dos sexos pode correr o risco de reduzir novamente a teoria de gênero às diferenças binárias. Os questionamentos e as reivindicações passaram a ser centrados na mulher e contra a sociedade patriarcal. Como marca da fase do feminismo, temos a obra “*O Segundo Sexo*”, de Beauvoir (PISCITELLI, 2009). Em discussões mais recentes, com relação à terceira onda do feminismo, percebemos como já foi mencionada, uma desconstrução de muitos conceitos fixos. E uma nova teorização no sentido que Butler aparece com a chamada teórica *queer*. De acordo com Sousa (2017, p. 82):

De acordo com Salih (2013), a preocupação teórica de Butler tem se voltado para desestabilizar as identidades generificadas e sexuadas postas aos sujeitos. Por esta razão, Butler tem sido considerada uma teórica *queer*. A teoria *queer* pauta-se nas teorias feministas, psicanalistas e pós-estruturalistas, ratificam o caráter indeterminado e instável de todas as identidades generificadas e sexuadas. O próprio termo *queer* é perturbador pela dificuldade em defini-lo, representa a instabilidade e a resistência de enquadramento.

Para a autora, “gênero é performativo porque é resultante de um regime que regula as diferenças de gênero. Neste regime os gêneros se dividem e se hierarquizam de forma coercitiva” (BUTLER, 2002, p. 64). Essa coerção, em geral, é resultante de modelos de masculinidades e feminilidades fortemente ligadas ao padrão heteronormativo. Na política das coerções, o trabalho sobre o corpo é “uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos”. (FOUCAULT, 2010 p. 133). E àqueles que não se adequam ao processo de domesticação desses corpos cabe à resistência. Como afirma Pearse e Connell (2015, p. 39) “parte do mistério do gênero está em como um padrão que parece tão rígido e nítido na superfície pode ser tão complexo e incerto quando o olhamos mais de perto”.

A ideia de construção social abre espaço para conceito de gênero, no qual não existem categorias inertes e sim performances. Zanello (2016, p. 227), ao citar Butler (2012), aponta que “gênero deve ser entendido como uma performance, a qual, via repetição estilizada dos atos, vai aos poucos se cristalizando, dando uma ideia (equivocada) de substancialização”. Não há um modelo de masculinidade ou feminilidade, esses conceitos passam a ser percebidos no plural, de acordo com as possibilidades de práticas sociais que podem ser vivenciadas em um mesmo tempo histórico. Para Silva (2000, p. 92), “o conceito de performatividade desloca a ênfase na identidade como descrição, como aquilo que é- uma ênfase que é de certa forma,

mantida pelo conceito de representação - para a ideia de ‘tornar-se’, para uma concepção da identidade como movimento e transformação”. A repetitividade dos atos garante e reforça a construção de determinada identidade, mas assim como os atos se repetem, eles podem parar. A mutabilidade é característica importante para entendermos que as estruturas normativas enfatizadas pelas oposições binárias de gênero não são verdades absolutas.

Gênero e masculinidade, mais do que conceitos plurais são aqui tratados com a importância, do que Derrida (1991) chama de citacionalidade. O uso, a repetição e o emprego deles em diferentes situações os colocam mais do que enquanto plurais, mas como construções mutáveis e em constante movimento. Como afirma Silva (2000, p.95), “essa citacionalidade da linguagem que se combina com seu caráter performático para fazê-la trabalhar no processo de produção da identidade”. Para Butler (1999) é na possibilidade da repetição que novas identidades podem ser reafirmadas ou até mesmo identidades hegemônicas podem ser interrompidas.

Antes de pensarmos nesse processo de transformação, é preciso estabelecer um mapeamento das mudanças conceituais dos sujeitos que foram foco das principais teorias que versam sobre identidade e construção do eu. Hall (2005) delimita pelo menos três sujeitos fundamentais: sujeito do iluminismo; sujeito sociológico e o sujeito pós-moderno. O sujeito do iluminismo “dotado da capacidade de razão, de consciência e de ação, cujo centro consistia num núcleo interior” (HALL, 2005, p. 10). O sujeito totalmente centrado, unificado e contínuo. A identidade se apresenta como centro, marcada por uma concepção individualista.

O sujeito sociológico é aquele que é formado na relação com outro. Assim “o núcleo interior do sujeito não era autônomo e autossuficiente, mas era formado na relação com ‘outras pessoas importantes para ele’” (HALL, 2005, p. 11). A identidade é então construída a partir da cultura exterior e das práticas sociais comuns em determinada sociedade. Estabelecer a formação da identidade a partir desse viés, diz respeito ainda, pensar na responsabilização da família no processo de socialização primária. Nessa perspectiva, é nítido o início do processo de fragmentação desses sujeitos, que de “uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentando; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não resolvidas” (HALL, 2005, p. 12).

Nesse contexto, surge então espaço para produção do sujeito pós-moderno, que é visto como “não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente” (HALL, 2005, p.

12). Mesmo que superficialmente simplistas, as três concepções explicam o caminho que as discussões sobre a construção do eu, da identidade e do que atualmente, entendemos como gênero, estão atravessadas por questões culturais, sociais e contextuais. Na falta de linearidade e conseqüentemente, espaço fértil para construção de descontinuidade desses conceitos, Giddens (1990, p. 21) contribui com nosso pensamento ao discorrer sobre o impacto das transformações indefinidas da pós-modernidade:

Os modos de vida colocados em ação pela modernidade nos livraram de uma forma bastante inédita, de todos os tipos tradicionais de ordem social. Tanto em extensão, quanto em intensidade, as transformações envolvidas na modernidade são mais profundas do que a maioria das mudanças características dos períodos anteriores. No plano da extensão, elas serviram para estabelecer formas de interconexão social que cobrem o globo; em termos de intensidade, elas alteraram algumas das características mais íntimas e pessoais de nossa existência cotidiana.

Com o descentramento conceitual desse sujeito sociológico, o feminismo ganha espaço e escopo suficiente para trazer para cena bandeiras de contestações. Hall (2005, p. 46), aponta os principais caminhos de discussão que puderam ser engajados a partir desse deslocamento conceitual. Assim, o movimento feminista:

“– questionou a clássica distinção entre o ‘dentro’ e o ‘fora’, o ‘privado’ e o ‘público’”.

_ abriu, portanto, para contestação política, arenas inteiramente novas de vida social: a família, a sexualidade, o trabalho doméstico, a divisão doméstica do trabalho, o cuidado com as crianças, etc.

_ enfatizou, como uma questão política e social o tema da forma como somos formados e produzidos como sujeitos generificados. Isto é, ele politizou a subjetividade, a identidade e o processo de identificação (como homens/mulheres, mãe/pais, filhos/filhas).

_ aquilo que começou como um movimento dirigido à contestação da posição social das mulheres expandiu-se para incluir a formação das identidades sexuais e de gênero.

_ o feminismo questionou a noção de que os homens e as mulheres eram parte da mesma identidade, a ‘Humanidade’, substituindo-a pela questão da diferença sexual.”

Mesmo com os avanços conceituais das teorias de gênero ainda há no senso-comum uma imagem bem definida do “ser homem” e “ser mulher”. Lauretis (1984) fala das tecnologias de gênero, que são em diferentes graus responsáveis por reforçar determinados papéis dentro da sociedade, sendo essa categoria pertinente para refletirmos os lugares sociais do cuidador. Zanello (2016, p. 109) sintetiza bem o que Lauretis quer deixar claro como tecnologia de gênero:

Em sua configuração referem-se às tecnologias sociais, práticas críticas institucionalizadas e atos da vida cotidiana que possuem a função de constituir indivíduos concretos em homens e mulheres, promovendo o

engajamento em modelos de subjetividade socialmente desejáveis. Ou seja, engendram modos e processos de subjetivação, criam e reafirmam modos de sentir e de (se) perceber.

Podemos entender como tecnologias de gênero, o cinema, as propagandas, as narrativas, os discursos, em especial, os discursos hegemônicos e dominantes. Para Foucault (1996, p. 44), “todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo”. Desse modo, a forma como são ensinados e moldados os corpos dos sujeitos, a partir do discurso hegemônico imposto em determinada sociedade, também se constitui como tecnologia que pode ser apropriada pelo gênero.

Meninos e meninas são ensinados desde cedo a se comportar de modo com o qual a sociedade em que vivem, determina como “certo” ou “errado”, mesmo o contexto sendo responsável por criar o ideário do que é ser feminino ou masculino. Connell e Pearse (2015, p. 9) afirmam que “as pessoas constroem a si mesmas como masculinas ou femininas”, e é partindo desse processo de construção social da identidade de gênero e a fluidez dessas performances, que vejo espaço para discutir o processo de provimento de cuidados às pessoas com transtornos mentais, vivenciados por homens cuidadores.

Para tanto, é preciso de antemão contextualizar o processo de conceituação da masculinidade, ou melhor, das masculinidades, que podem emergir a partir da vivência desses homens. Citando Almeida (1996, p. 161), “masculinidade e feminilidade não são sobreponíveis, respectivamente, a homens e mulheres: são metáforas de poder e de capacidade de ação, como tal acessíveis a homens e mulheres”. Complementando a partir das considerações de Bento (2015, p. 86), “as masculinidades são construídas não só pelas relações de poder, mas também pela sua inter-relação com a divisão do trabalho e com padrões de ligação emocional”.

Os estudos sobre masculinidades ganharam espaço justamente por contrapor-se aos padrões que definiam o conceito de masculinidade hegemônica. (BENTO, 2015). No momento em que se questionou esse conceito, excludente e dominante, percebemos as possibilidades de se rediscutir o sujeito “homem” enquanto corpo social que está situado por detrás da ideia de masculinidade.

A partir do momento em que se questiona a unanimidade do conceito de masculinidade hegemônica, a possibilidade de abordar as questões de gênero no âmbito da masculinidade só aumenta. Segundo Connell e Pearse (2015, p. 26) “hoje, há uma extensa gama de pesquisa sobre masculinidade, paternidade, movimentos dos homens,

violências entre homens, educação dos meninos, saúde dos homens e seus envolvimento na construção da igualdade de gênero.”. Lembrando que o uso da terminologia “masculinidades” só passou a ser comum nos de 1970, na qual a noção de pluralidade já estava em curso.

Quando revisitamos o conceito de tecnologia de gênero de Lauretis (1984), e entendemos que o “modelo hegemônico exalta a virilidade, a posse, o poder, a violência, a competitividade, mas apenas uma pequena parcela da população masculina preenche as condições desse modelo” (Bento, 2015, p. 90), percebemos como as diversas nuances dessas tecnologias são capazes de criar sistemas de dominação. Em teoria, a categoria homem sobressai a da mulher (hegemonia externa), mas há ainda dentro das relações entre os homens, grupos de subordinados (hegemonia interna), pois segundo Welzer-Lang (2001, p. 466) “mesmo sendo um homem, um dominante, todo homem está também submetido às hierarquias masculinas. Nem todos os homens têm o mesmo poder ou os mesmos privilégios.”.

Além dessa realidade de dupla dominação que possa existir para aqueles que se qualificam no padrão de masculinidade hegemônica, para Connell e Messerschmidt (2013, p. 254), “Collier (1998) vê como um defeito crucial no conceito de masculinidade hegemônica o fato de que esse exclui o comportamento “positivo” por parte dos homens – quer dizer, o comportamento que talvez sirva aos interesses e aos desejos das mulheres.”. Desse modo o perfil másculo, viril, agressivo se torna senso comum e coíbe os outros tipos de masculinidades, além de contribuir para construção de estereótipos. Como exemplos, a própria dimensão do cuidado, que dificilmente é associada à figura de um homem.

Welzer-Lang (2004) define o comportamento masculino como curativo e o feminino como preventivo. Quando a associação mulher-cuidado é feita quase que imediatamente, entendemos essa construção. Tanto que a mulher é quem mais demanda tempo no espaço do lar, na organização e manutenção do equilíbrio da casa. O homem geralmente responsável por ações pontuais e mais objetivas. Para Hintz (2001, p. 10) “os valores familiares estavam fundamentados no desempenho profissional do homem, na parte econômica e nas qualidades morais”, que compõem justamente o âmbito curativo o qual Welzer-Lang enfatiza.

Estatizar nossos pensamentos no padrão do homem provedor é uma forma de contrariar a lógica da masculinidade enquanto construção social. Nem todos os homens seguem as regras tradicionais (BENTO, 2015) de masculinidade. Connell e

Messerschmidt (2013) enquadraram os grupos marginalizados como forma de resistência, no qual são definidos pelas autoras como “masculinidade de protesto”, entendida a partir de Connell e Messerschmidt (2013, p. 254):

Um padrão de masculinidade construído em contextos locais de classes trabalhadoras, algumas vezes entre homens etnicamente marginalizados que encorparam a reivindicação de poder típica de masculinidades hegemônicas regionais em países ocidentais, mas carecem de recursos econômicos e autoridade institucional para sustentar os padrões regional e global dessa forma de masculinidade.

O patriarcado enquanto categoria analítica pode ser entendida como um mecanismo que silencia homens e mulheres, que determina padrões e conseqüentemente a exclusão daqueles que não seguem o ritmo do processo. Delphy (2009, p. 171) define patriarcado a partir de uma perspectiva feminista, como “uma formação social em que homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de ‘dominação masculina’ ou de opressão das mulheres”.

O sistema patriarcal é um dos principais responsáveis pelos lugares em que homens e mulheres ocupam na sociedade. Aliado ao que Cisne (2014) define como “modo de produção racista-patriarcal-capitalista”, segundo a autora, “a ideologia dominante, patriarcal-racista-capitalista, penetra na consciência dos indivíduos devido à naturalização das relações de dominação e exploração que alienação produz” (CISNE, 2014, p. 95).

Segundo a ideologia patriarcal, “cabe às mulheres o cuidado corporal, material e afetivo para com os membros sociais que convive” (CISNE, 2014, p. 106). Assim como se espera dos homens a função de provedor econômico do lar, são criados modos de viver para cada gênero, é com a crítica ao modelo hegemônico desses padrões, em especial do padrão de masculinidade, que enxergamos como o poder transita entre cada uma dessas realidades (SOBRAL, 2006). Quando homens não cumprem o que é esperado enquanto sua função na família, ele:

Pode se sentir como as mulheres, muitas vezes se sentiram e se sentem emocional e psicologicamente fragilizados, despertando neles também, o medo da perda, do abandono ou do fim da relação, por isso, também cedem, como as mulheres normalmente o fazem. Assim, quem está em posição desvantajosa diante do outro, independente do sexo, pode revelar a luta por mais poder na relação. (SOBRAL, 2006, p. 76).

Ecoa na consciência de homens e mulheres o que é ser cada um desses sujeitos. Mulheres que ingressam no mercado de trabalho e são “impossibilitadas” de cuidar dos

seus filhos, podem se martirizar e questionam o seu “papel” como mãe. Homens que não respondem ao perfil de masculinidade tradicional, podem se questionar e não se encontrar em nenhum dos perfis criados. No Brasil, o questionamento no âmbito da masculinidade pode ser pensando a partir de 1960, segundo Bento (2015, p. 105).

Para Nolasco (1993), os homens começam a discutir o significado de ser homem na década de 1960, fornecendo as bases para o que hoje está sendo discutido. Para ele, uma nova subjetividade masculina começou a ser construída no final da década de 1960, sendo a Tropicália, por meio das letras de Gilberto Gil e Caetano Veloso, um dos seus suportes.

O momento em que homens rediscutem o modelo de masculinidade existente vai de encontro à mutabilidade das questões de gênero a qual Connell (2015) faz referência. Verifica-se um distanciamento das regras tradicionais de masculinidade e que diz respeito em grande parte ao contexto histórico no qual vivemos. Para Bento (2015, p. 109):

Sob o prisma da relação “tradicional-moderno”, as transformações na identidade masculina consistem na dissociação entre os valores com que os homens foram socializados primariamente (identificados como tradicionais, que estabelecem posições fixas, assimétricas e hierarquizadas para os gêneros dentro da estrutura social) e os valores que foram sendo incorporados ao longo de suas vidas (identificados com a igualdade, simetria, liberdade entre os gêneros).

É verdade que para os homens “construir novas formas de se relacionar com suas emoções, com as mulheres, com os filhos e com outros homens exige deles um nível de elaboração e reflexão sobre o mundo à sua volta e sobre seu lugar nesse mundo.” (BENTO, 2015, p. 107). Desvelar o universo e os sentidos desse processo para homens cuidadores doméstico em saúde mental é um objetivo importante e necessário, principalmente quando entendemos que essa questão generificada se apresenta como um mecanismo capaz de contribuir para repensarmos as formas de assistências aos cuidadores, tantos homens quanto à realidade de cuidadoras mulheres.

Connell (2016, p. 107) afirma que “o neoliberalismo é, em princípio, neutro em relação ao gênero. O ‘indivíduo’ não tem gênero e o mercado oferece vantagens ao empreendedor mais esperado a homens ou mulheres em si”. O contexto neoliberal enxerga todos como futuros produtores, ganha nesse jogo aqueles indivíduos que conseguem resolver suas necessidades de forma autossuficiente. Não há uma disputa entre homens e mulheres, afinal os sujeitos não são vistos enquanto corpos sociais particularizados por questões de gênero.

Quando os serviços se organizam sem levar em conta as particularidades dos usuários, homogeneizando as demandas, perdem aqueles que não são reconhecidos em suas singularidades. A ótica neoliberal que não inclui as questões de gênero pode ser visível em diferentes aspectos na realidade do cuidado doméstico de pessoas com transtornos mentais.

No contexto neoliberal, a família agora parceira da assistência, marcada pelos respingos de um modelo tradicional nuclear e patriarcal na sua composição, tende a reforçar nela própria, questões de gênero de forma desigual. Pateman (2006) define a existência de um sistema denominado *The Patriarchal Welfare State*. Segundo Campos (2015, p. 31), “nele ressaltam muitos modos – eficazes e dissimulados – de impedir a igualdade de direitos das mulheres que convive com um homem provedor na família”.

Pensar os cuidadores enquanto sujeitos generificados, especialmente no âmbito da saúde mental, no qual a família é vista como parceira do cuidado doméstico. Demanda ainda frisar a necessidade de exigir suporte do Estado para realização desse cuidado. As desigualdades de gênero sofridas no eixo familiar, geralmente ambiente opressor da figura feminina, se apresenta como pauta necessária.

Direcionar essa análise a partir do viés cuidado-masculinidade se apresenta como uma novidade, em um meio no qual se discute mais a figura da mulher enquanto provedora desse cuidado. Quando direciono meu objeto para figura masculina talvez possa gerar o questionamento: por que não estudar as mulheres, que são em sua maioria, as protagonistas oprimidas do cuidado. E então, penso nas palavras Connell (2015, p. 93):

Estudos sobre homens de classes dominantes (Donaldson e Poynting, 2007), mostram uma minoria privilegiada com poder e riqueza impressionantes, enquanto números muito maiores enfrentam pobreza, deslocamento cultural, ruptura de relacionamentos familiares e uma renegociação forçada dos significados da masculinidade.

No tocante a incorporação da temática de masculinidade no âmbito de produção acadêmica, Connell (2015, p. 92) destaca que “periódicos acadêmicos foram criados para a pesquisa especializada, muitas conferências ocorreram e há cada vez mais literatura internacional”. Desse modo, cabe a nós pesquisadores, articular formas de trabalhar o tema no sentido que o mesmo seja útil para o atual momento em que vivenciamos as questões de gênero: na busca de uma produção comprometida e que contribua para uma discussão crítica acerca da consolidação de uma equidade de gênero. A intenção de alcançar esse rico universo de sentidos a partir dos discursos dos

atores envolvidos na esfera do cuidado é explicada quando, “as práticas discursivas são uma das esferas que possibilitam visualizar, com sua especificidade, a vida cotidiana.” (BENTO, 2015, p. 41).

Bento (2015, p. 12) ao estudar masculinidades enfatiza que “as ciências sociais no Brasil ainda não forjaram uma sólida tradição acadêmica, epistemológica, em torno da questão”. Desse modo, situar o homem e as diferentes práticas de masculinidades no processo de cuidado em saúde mental são as apostas dessa pesquisa para contribuir com a abertura de novos debates para um campo pouco explorado nas ciências sociais e da saúde em geral.

No âmbito da saúde mental, a maioria dos trabalhos que envolvem masculinidades está centrado no processo de adoecimento da pessoa com transtorno mental ou no estudo das masculinidades de cuidadores no serviço. Na antropologia, como afirma Ceccheto (2004, p. 54) *apud* Leal e Boff (1996), “ainda hoje temos uma forte concentração dos estudos sobre homens abordando sexualidade; poucos são os que investigam a violência ou a paternidade”.

Com relação aos estudos sobre participação masculina na esfera doméstica do cuidado, segundo pesquisa bibliográfica realizada, os trabalhos tendem a situar o cuidado às crianças menores e compartilhamento de atividades domésticas. (SILVA; MACEDO, 2018) Logo, incluir o contexto de pessoas com transtornos mentais na relação de cuidado doméstico vivenciada por homens, é uma possibilidade nova de explorar e debater essas categorias. Além de um caminho novo, podemos entender a construção do objeto supracitado, como algo necessário, como afirma Damamme (2016, p. 2031): “a perspectiva do cuidado permite colocar em relevo as condições sociais, econômicas e políticas sob as quais tal atividade é oferecida”.

Ademais, os dados do IBGE (2016) são prova de que a participação masculina na esfera doméstica reifica a base empírica na qual grande parte dos estereótipos é construída. De acordo com o levantamento, 26,9% da população de 14 anos ou mais no país cuidam de um integrante do domicílio-filhos, enfermos, deficientes ou idosos. Mas, “na divisão por gênero, enquanto 32,4% das mulheres realizaram cuidados de moradores do domicílio ou de parentes não moradores em 2016, entre os homens essa proporção foi de 21,0%.” (IBGE, 2016, p. 5).

Em chamada feita no site de notícias, “UMARIZALENSE”,³ o propósito de captar a atenção do leitor é premissa fundamental para criar a chamada. Mas por trás do título: “Tarefa do lar é coisa de mulher, diz IBGE”, é nítida a naturalização da esfera privada como o lugar de ocupação da mulher. Por mais que se argumente que se trate de uma especulação, não podemos esquecer que o discurso expõe algo já dito e hegemonizado como “verdade” (FOUCAULT, 1996). Assim, não podemos deixar de pensar na contribuição discursiva para a reverberação de “papéis sociais” firmados a partir do sexo. Como afirma Connell & Messerschmidt (2013, p. 253), “podemos aprender não apenas como as masculinidades são construídas no discurso, mas também como são usadas no discurso”. Do mesmo modo, é preciso estender tal compreensão para além das masculinidades, e mirar para todas as reproduções de discursos baseados na ideia de “esferas separadas” entre homens e mulheres.

Sabemos que nas pesquisas sobre saúde, que traz à tona o viés do cuidado, em sua maioria os resultados apontam a figura da mulher como principal cuidadora (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Porém, não podemos esquecer o caráter relacional do gênero (SCOTT, 1998), no sentido de que é impossível discutir a categoria mulher sem levar em consideração a do homem e vice-versa. A mesma crítica também é colocada para os estudos que consideram exclusivamente a figura masculina, Connell e Messerschmidt (2013, p. 251):

Como Brod (1994) precisamente observa, há uma tendência no campo de estudos sobre homens de presumir “esferas separadas”, de proceder como se as mulheres não fossem uma parte relevante da análise e, dessa forma, estudar as masculinidades através do olhar exclusivo sobre os homens e sobre as relações entre homens.

Sendo o homem cuidador o foco da presente pesquisa, é preciso situar alguns cuidados frente ao tema da(s) masculinidade(s). Segundo Honório (2009, p. 7):

No Brasil, as discussões em torno da temática masculinidade foram iniciadas na década de 1980, a partir da realização de um “Simpósio do Homem”, quando apontou-se para uma crise do homem provocada por transformações no comportamento das mulheres, na moral sexual e por um questionamento da posição de dominação masculina na sociedade.

A partir da ideia de dominação masculina enquanto pano de fundo para o entendimento da crise da masculinidade. Tal debate abre-nos para esmiuçar as possíveis performances de masculinidades que se afirmam nesse campo de tensão em que para

³ www.oumarizalense.com/tarefa-do-lar-e-coisa-de-mulher-diz-ibge/

Connell e Messerschmidt (2013, p. 241, grifo nosso) “o conceito de masculinidade hegemônica não equivale *necessariamente* a um modelo de reprodução social; precisam ser reconhecidas as lutas sociais nas quais masculinidades subordinadas influenciam formas dominantes”. Lembrando que nessa pesquisa, a masculinidade hegemônica é entendida a partir das contribuições de Berenice Bento (2015), que dispõe esse conceito como algo provisório. O gênero enquanto categoria que explica as relações de poder abre espaço para que as mesmas possam ser revertidas. Assim, a hegemonia não é imutável. Por isso a prudência e o senso crítico para não deslizarmos em compreensões que determina o lugar do homem cuidador como aquele capaz de se sobressair no cuidado por suas condições físicas e pelas características caricaturais masculinas. Tal entendimento é muito comum nos estudos em saúde, pois acabam reproduzindo estigmas fundados a partir de uma construção social daqueles que estão no topo da dominação de poder.

Nesse aspecto, seguimos na esteira dos estudos de Bento (2015, p. 13) quando coloca que é “na esfera da subjetividade masculina que se nota uma maior efervescência de mudanças” como forma de não repetir possíveis equívocos apontados anteriormente. Deste modo, centraremos esta proposta nas diversas subjetividades daqueles que não estiveram dentro dos padrões de hegemonia. Reconhecemos, por outro lado, que o campo das masculinidades também se cruza com outras posições em diferentes contextos de relações: pais, filhos, marido/companheiro, irmãos cuidadores e as outras configurações de arranjos intra ou extrafamiliares que possibilitam diferentes performances de masculinidades. Isso amplia ainda mais as compreensões em relação ao trato da categoria gênero no aspecto relacional para além da díade homem-mulher, Bento (2015, p. 19):

Acredito que pensar relacionalmente a construção das identidades de gênero não deve limitar-se a tratar tal relação única e exclusivamente entre homens e mulheres, mas tentar pensar como cada um dos gêneros constrói suas identidades nas relações que estabelecem com os membros do próprio gênero.

Com a amplitude do debate sobre gênero, é preciso reafirmar que “a masculinidade tem sido discutida cada vez mais” (CECCHETTO, 2004, p. 51) de forma que contempla uma discussão mais abrangente e que não se limita em reproduzir essencialismos baseados em diferenças sexuais. Aspecto que contribui para uma discussão de masculinidade e feminilidade enquanto construção social capaz de

reafirmar que “acima de tudo, gênero é uma questão de relações sociais dentro das quais indivíduos e grupos atuam” (CONNELL; PEARSE, 2015. p. 47.).

Segundo Connell (2016, p. 92), “temos agora, um conhecimento científico muito mais sofisticado e detalhado das questões sobre homens, masculinidades e gênero do que mais se teve”. As contribuições no campo dos estudos de gênero, no trato da masculinidade, encabeçados pelo movimento feminista, com origem particularmente na década de 1960 (MEDRADO; LYRA, 2012), abriu espaço para a superação das pesquisas baseadas em dicotomias que segregavam as categorias. “Os americanos foram um dos primeiros a pensar sobre a masculinidade, inaugurando os men’s studies”. (BENTO, 2015, p. 15). Já no Brasil:

Os estudos sobre homens e masculinidades ganharam força, no Brasil, a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, das Nações Unidas, realizada no Cairo, em 1994, na qual foi enfatizada a necessidade de envolver os homens e os pais nas questões de saúde, sexualidade e reprodução, que até então diziam respeito somente às mulheres (BRUSCHINI; RICOLDI, 2012, p. 260.).

Além disso, é oportuno potencializar esse debate com a interpelação de outras categorias, como expressa Saffioti (1999, p. 142):

Há três eixos principais que estruturam a sociedade brasileira: o gênero, a raça/etnia e a classe social. Estas contradições não operam isoladamente. Formaram, ao longo da história, um verdadeiro nó [...]. um nóvelo, a contradição encontra-se potenciada, do que decorrem, dentre outras, uma importante implicação, ou seja, a necessidade de se formularem estratégias de enfrentamento desta realidade mais complexa, que não está presente em cada um de seus elementos integrantes.

Para Zanello (2016, p. 223), “os estudos em saúde mental realizados sob a perspectiva das relações de gênero são ainda incipientes, tanto internacionalmente, quanto na realidade brasileira.” Sobre os trabalhos na área de gênero e saúde mental, por meio de um levantamento realizado sobre “Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador” (BATISTA, 2013), há ainda uma carência de estudos nacionais sobre a temática, pois a maioria dos estudos encontrados foi desenvolvida no contexto internacional. Das 18 pesquisas analisadas para o artigo, apenas cinco foram realizadas no Brasil.

Por outro lado, Rosa (2009), no artigo “Família usuária e sujeito político na reforma psiquiátrica”, a família passou a ganhar visibilidade como provedora de cuidado no Brasil, a partir das produções Vasconcelos (1992). Entretanto, no tocante aos números de trabalhos realizados na área, ainda são poucos os estudos que estão

centrados na influência do gênero dos cuidadores no cuidado comunitário de seus usuários. Além disso, na maioria dos casos, as pesquisas buscam a relação entre cuidador e sobrecarga, deixando de lado a potencialidade da categoria gênero para a discussão (BATISTA, 2013).

Silva (2017) em breve revisão teórica realizada a partir do levantamento bibliográfico junto as bases de dados reunidos na Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi) - que agrupa a Scientific Electronic Library Online (SciELO), o Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em Maio de 2017, destaca apenas três trabalhos relacionados ao cuidado e sobrecarga, onde o gênero não aparece como papel determinante dessas sobrecargas, mas quando aliados a outras questões, auxiliam e ajudam a explicar o processo de sobrecargas subjetivas e objetivas referentes a atividade do cuidado. Desse modo, percebemos o quanto a perspectiva de gênero pode ser abrangente se associada a outros fatores de análise.

Os estudos sobre cuidado não são uma novidade, especialmente os que são elaborados a partir da discussão de divisão sexual do trabalho. Fortemente influenciado pelo movimento feminista, a temática tem sido discutida a partir de diferentes aspectos como apontam Engel e Pereira (2015, p. 7):

Na gama dos estudos recentes sobre o care, encontram-se diferentes trabalhos e propostas de estudos (Hirata e Guimarães, 2012). Alguns deles continuam a se aproximar da ideia de reprodução social e discutem com maior atenção as divisões sexuais de trabalho envolvidas (Hirata e Kergoat, 2007; Melo, Considera e Di Sabbato, 2007) e também as implicações que as lógicas simbólicas e hierárquicas de gênero têm no desenvolvimento desses trabalhos – como no caso dos estudos específicos sobre usos do tempo (Fontoura, 2010; Aguiar, 1981; Bandeira, 2010). Em conjunto, existem iniciativas dedicadas às análises dos discursos produzidos acerca do cuidado e de sua relação direta com os símbolos envolvendo feminilidade e concepções de cuidado (Molinier, 2004; Lagarde, 2003).

Unindo a possibilidade de usar da criatividade para tratar a temática do gênero e as diferentes abordagens para incluir a discussão de masculinidades na esfera do cuidado doméstico em saúde mental, encontro espaço para pensar o meu objeto de estudo, pois a partir do momento em que mais se produz conhecimento que auxilie a superação do estabelecimento de “papéis sociais”, mais estaremos a caminho de uma equidade entre gêneros.

Em publicação recente (ONU MULHERES, 2017) a própria ONU Mulheres⁴ destaca a importância de valorizar e contabilizar esse cuidado provido por mulheres e visto como não valorativo. Segundo a organização, “o trabalho não remunerado de cozinhar, limpar a casa, cuidar de crianças e idosos, mais frequentemente realizados por mulheres, representa de 10% a 39% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países”.

Desmitificar o engendramento da categoria do cuidado se faz necessário, na perspectiva de incluir o homem nesse espaço e rediscutir a hegemonia das mulheres nesse cenário. Pensar o deslocamento dos lugares de homens e mulheres no contexto familiar é também pensar nas remodelações das organizações familiares, Hintz (2001, p. 10):

Após as duas guerras mundiais e a revolução industrial, a família, nas décadas de 50 e 60, passou por modificações acentuadas. Houve maior incentivo em privilegiar mais o indivíduo, com seus valores e capacidades do que sua posição social, gênero ou idade. A família de características hierarquizadas foi se estruturando como uma família onde os conceitos de igualdade passaram a predominar, contribuindo para isso o surgimento de uma nova perspectiva sobre as questões de gênero. .

O modelo nuclear tradicional de família tem coexistido, gradativamente, com diversas novas composições familiares como: famílias monoparentais (representando cerca de 40% da realidade brasileira, que destaca em especial a referência feminina nesses lares); famílias reconstituídas a partir de casais separados; famílias de casais homoafetivos, famílias anaparentais, entre outros. Para Sigly (2007, p. 12), “o pluralismo familiar é o resultado de uma transformação profunda das relações de gênero e da emergência de um novo equilíbrio entre autonomia individual e pertencimento familiar”.

Contextualizar o cuidador nesse novo cenário de mudanças nas estruturas familiares é também perceber que precisamos situar e conhecer quem são eles (os cuidadores) nas diferentes configurações familiares. Se o modelo tradicional de divisão das tarefas domésticas familiares foi pensado para uma família tradicional nuclear, formada por pai, mãe e filhos. Como ficam essas “responsabilidades” nessas novas

⁴ A ONU Mulheres é a nova liderança global em prol das mulheres e meninas. A sua criação, em 2010, foi aplaudida no mundo todo e proporciona a oportunidade histórica de um rápido progresso para as mulheres e as sociedades. A ONU Mulheres trabalha com as premissas fundamentais de que as mulheres e meninas ao redor do mundo têm o direito a uma vida livre de discriminação, violência e pobreza, e de que a igualdade de gênero é um requisito central para se alcançar o desenvolvimento. <https://nacoesunidas.org/trabalho-domestico-nao-remunerado-representa-ate-39-do-pib-dos-paises-diz-onu-mulheres/>

configurações? Lembrando que no geral, as famílias e usuários em debate na saúde mental são provenientes de classes sociais menos privilegiadas e usuárias de serviços públicos de saúde.

A dimensão do cuidado no âmbito da saúde mental tende a ser percebida como uma tarefa que se individualiza como a função de uma única pessoa. São em situações como essas que mais se reproduz a ideia que o cuidado é algo “de mulher”. Como observa Selma Sueli Machado (2004, p. 46):

No âmbito doméstico os papéis femininos tradicionais e as condutas socialmente valorizadas são de mãe e dona de casa, guardiã do afeto e da moral familiar, enquanto que ao homem compete ser o provedor, assegurar o sustento material e a honra familiar, exercendo maior autoridade sobre o grupo.

Ao passo em que debatemos tais situações, é notória a emergência da necessidade de enfatizar as questões de gênero no contexto do cuidado às pessoas com transtornos mentais, sendo pertinente a possibilidade de trazer para discussão o homem cuidador.

3 A VOZ DIFERENTE: Práticas e sentidos do cuidado provido por homens cuidadores de pessoas com transtornos mentais

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

(Leonardo Boff)

Esse momento é destinado à discussão das categorias observadas, baseadas nas falas dos entrevistados. Nesse momento, o microfone foi entregue a eles, para que a partir de entrevistas em tom de conversa, realizadas nos espaços por eles conhecidos, suas vivências e práticas de cuidados pudessem nos ajudar a delimitar a partir de que performances de masculinidades estão falando esses homens.

No primeiro momento são feitas breves considerações a partir do perfil desses cuidadores com base nas informações coletadas do questionário sociodemográfico. Mais do que dar voz a suas falas, é entender de onde elas estão surgindo e se relacionam com alguns vetores que constituem suas masculinidades, a forma de desempenho do cuidado e as questões geracionais envolvidas em cada arranjo entre cuidador e pessoa cuidada.

No segundo momento, ao perceber as formas de cuidado de cada um dos sujeitos, categorizamos a seção para reflexão sobre as práticas e os sentidos estabelecidos a partir de cada cuidador ao que eles entendem e vivenciam como cuidado (primeiro objetivo do estudo que trata sobre as práticas do cuidado). A prática como algo cotidiano que gera sentido em cada um dos arranjos pesquisados, envolve ainda outros atores. Desse modo ao perceber a vivência dos cuidadores, decidimos por estabelecer uma relação baseada no cotidiano dos sujeitos, entre as funções de cuidado que estabelecem e a rede de apoio formada entre os cuidadores e as pessoas que o cercam. Há então uma discussão sobre as dinâmicas do exercício diário do cuidado.

No terceiro momento, há uma breve discussão entre o processo de construção e de entendimento da masculinidade desses homens. Buscamos compreender como o fato dos mesmos desempenharem a função do cuidador pode influenciar a percepção de si e o sentido por eles atribuídos ao processo de “ser homem” (segundo objetivo do estudo que trata sobre os sentidos de masculinidades).

No quarto momento, analisamos por meio de como os cuidadores desempenham a função de cuidado no dia-a-dia as várias performances de masculinidade por eles protagonizada. Assim, dedicamos um espaço para pensar a performatividade de cada

cuidador, analisando, nesse aspecto, a forma como eles atuam e se ressignificam enquanto homens cuidadores (terceiro objetivo do estudo que trata sobre as performances de masculinidades).

3.1 QUEM CUIDA DE QUEM? Perfil sócio demográfico dos cuidadores homens em meio doméstico

Está seção tem por objetivo analisar de onde nossos sujeitos estão falando, quem são e como vivem. Partindo dos diferentes lugares sociais de onde vieram esses sujeitos iniciamos a análise com uma breve delimitação do perfil sócio demográfico dos mesmos.

Destacamos dentre os entrevistados a figura do irmão como principal cuidador (53,3%), seguido dos pais (40%). Estes foram os principais vínculos familiares desvelados. Nesse cenário, enfatizamos a curiosidade do contato com apenas um companheiro como cuidador. A faixa etária dos entrevistados está concentrada nas idades de 52 a 77 anos, representando um total de 80% dos sujeitos. Cinco deles apresentam idades entre 50 e 57 anos. Cerca de 20% dos sujeitos estão na faixa de 30 a 38 anos. A grande maioria dos cuidadores são pessoas casadas (60%), apresentando entre eles, apenas 01 (um) pai divorciado, dado importante para pensarmos o local de cuidado desse pai que mesmo compartilhando a companhia feminina no âmbito do lar, ainda assim se apresenta como o principal cuidador.

Seguindo na delimitação do perfil desses cuidadores, destacamos a expressiva maioria de pessoas católicas (73,3%), mesmo com a grande maioria assumidamente cristãs. Destacamos 02 (dois) cuidadores que alegaram não possuírem ou simpatizarem com nenhum tipo de religião ou crença.

Para melhor visualização das informações sobre os cuidadores, segue o quadro com os dados dos entrevistados.

QUADRO 1: Perfil sócio demográfico dos entrevistados

ENTREVISTADOS	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO DA PESSOA CUIDADA	RELIGIÃO

ADONAEI	36	Marido	Casado	Feminino	Cat3lico
AMITIEL	36	Irm3o	Solteiro	Feminino	Cat3lico
ANSIEL	38	Irm3o	Casado	Masculino	Sem religi3o
ARAQIEL	52	Irm3o	Solteiro	Masculino	Cat3lico
ARIEL	53	Irm3o	Solteiro	Feminino	Cat3lico
BARATIEL	54	Irm3o	Divorciado	Masculino	Cat3lico
BARBIEL	55	Pai	Casado	Masculino	Cat3lico
BARIEL	57	Irm3o	Casado	Feminino	Cat3lico
BARAKIEL	60	Pai	Casado	Feminino	Cat3lico
HANIEL	65	Pai	Casado	Feminino	Evang3lico
HEMAN	66	Irm3o	Divorciado	Masculino	Cat3lico
KALAZIEL	69	Pai	Casado	Masculino	Cat3lico
ANPIEL	71	Pai	Divorciado	Feminino	Cat3lico
ARAEI	72	Irm3o	Casado	Masculino	Cat3lico
ANAEL	77	Pai	Casado	Masculino	Sem religi3o

Fonte: Autora, 2019.

Os dados em quest3o apontam de forma maiorit3ria homens que cuidam de outros homens, representando assim 60% dos casos analisados. A rela3o entre o sexo da pessoa cuidada e de quem cuida, mostraram-se interessante para percebemos as diferentes formas que mulheres s3o cuidadas por outros, haja vista que na pesquisa realizada, deparamos com pais, irm3os e maridos realizando esse cuidado.

Com rela3o ao modo como vivem esses cuidadores, 86,6% reside junto com a pessoa que necessita de cuidados; e 33,3% n3o residem na mesma casa, por serem irm3os dos usu3rios e terem constitu3do fam3lias pr3prias, apesar de residirem pr3ximo.

Deparamo-nos ainda com 05 (cinco) cuidadores de PTM que exercem essa fun3o para mais de uma pessoa com transtorno mental, implicando em sobrecarga f3sica e financeira, pois em alguns casos contam apenas com o Benef3cio de Presta3o Continuada (BPC).

A m3e dela 3 do mesmo jeito, a m3e dela 3 pior do que ela. Tem dia que eu fico aperreado com eles l3 em casa. Tem dias que eles me agriDEM. Olha aqui t3 todo mordido, outro dia o irm3o dela me mordeu. (BARAKIEL, 60 anos)

Tamb3m h3 o caso de Barbiel, pai e cuidador dos dois filhos. A diferen3a 3 que apenas um dos filhos 3 acompanhado no CAPS. O outro apresenta transtorno leve e o

tratamento é feito de forma ambulatorial. Ansiel, irmão e cuidador, apresenta a rotina de acompanhar os dois irmãos no CAPS II Leste, ambos apresentam o transtorno desde a infância, entretanto não há tanto comprometimento das possibilidades de interação social dos mesmos. Sem grandes dificuldades, Ansiel aborda mais sobre o preconceito por ter dois irmãos que apresentam transtorno:

O pessoal fala assim porque tu é assim e teus irmãos são daquele jeito... Tem muito preconceito. Às vezes também a família não vem pelo preconceito, por ter vergonha. Tem gente que tem vergonha, mas você tem que encarar... (ANSIEL, 38 anos).

Outro destaque nesse sentido de quem são esses cuidadores que desempenham essa função para mais de uma pessoa, ressaltamos a particularidade de Heman, este que acompanha o irmão no CAPS II Sudeste e sobrinho interno prisional no Hospital Areolino de Abreu:

Meu sobrinho... A situação é grave, é gravíssima e a doença o fez cometer matricídio e ele vive internado no Areolino. Ele vive nessa condição desde os 19 anos quando aconteceu o episódio. Hoje ele tem 54 anos e eu claro visito, ele só tem a mim e Deus, e então toda semana eu vou lá, quando posso vou mais de uma vez... Mas no geral é de semana em semana. Tem dia que ele está bem, tem dia que ele tá bastante hostil. Mas eu não vou me preocupar com isso porque sei que esse humor faz parte da condição de vida e saúde, então pra mim isso não significa nada. (HEMAN, 66 anos)

No universo de cuidado desenvolvido pelos cuidadores entrevistados, apenas 33,3% informaram que seus familiares vieram desenvolver problemas psicológicos nos últimos 05 anos. Quanto aos demais, 67,3% (o que representa um total de 10 cuidadores) alegaram que os transtornos mentais da pessoa que cuidam se apresentam desde a infância e adolescência. Um dos critérios para participar da entrevista era que a pessoa estivesse sendo acompanhada há pelo menos 03(três) anos. Desse modo, os cuidadores entrevistados são experientes e possuem vivência há alguns anos na função.

No tocante a forma de provimento financeiro das famílias por parte das pessoas cuidadas, a grande maioria, na faixa etária de mais idades, são aposentados. Destacamos ainda profissionais liberais como fotógrafo, mototaxista, “faz tudo” e empresário. As questões acerca do trabalho e adequação das funções laborais serão debruçadas na dimensão das práticas de cuidados e arranjos estabelecidos pelos mesmos.

Revelado o perfil desses cuidadores, há ainda questões interessantes que podemos discorrer acerca de que universo eles cuidam. No grupo pesquisado, destacamos evidências importantes quando fazemos o recorte para idade:

- 1) Um grupo que mesmo educado para silenciar, compondo a esfera de representantes de mais idade na pesquisa, se mostram abertos e conscientes das mudanças com relação ao processo de subjetividades. A doença da pessoa cuidada molda masculinidades de diferentes formas: mesmo criados em ambientes, outrora, mais autoritários, esses cuidadores admitem a importância do espaço de diálogo e da necessária atenção psicossocial as suas demandas oriundas do universo de provimento de cuidados às pessoas com transtornos mentais;
- 2) A idade avançada, mais do que o reflexo do processo no qual esses cuidadores e suas masculinidades foram moldadas, indicam mudanças e ajustes dos arranjos de cuidados, a partir do processo de envelhecimento desses cuidadores e suas limitações físicas;
- 3) No grupo de pessoas mais novas, representadas pelos irmãos cuidadores, as idades não se distanciam quando comparado às diferenças entre cuidadores e pessoas cuidadas. Mas há nesse processo, uma luta pessoal dos mesmos em se manterem no mercado de trabalho, afinal, estão ainda em idade considerada produtiva, entretanto há a necessidade do provimento de cuidado.

Os estudos geracionais, de forma cuidadosa, trazem consigo aspectos que precisam ser pontuados aqui. Não há como generalizar o perfil dos nossos cuidadores, ou afirmar que o fato dos entrevistados mais novos serem mais abertos ou com pensamentos mais modernos. Houve na fala de dois cuidadores idosos menções sobre as questões de desigualdade de gêneros e machismos. Enquanto na fala de irmãos mais novos percebemos a naturalização dos papéis sociais baseados por sexo ou até mesmo bloqueios com relação às questões de higiene pessoal dos cuidadores, para outros se percebe o seguinte:

Acredito que seja pelo fato cultural, as pessoas deixarem esse tipo de atribuição e trabalho, pro horizonte feminino, coisa de machismo. Mas já estamos mudando... Acho que houve muito avanço posso dizer, em tão pouco tempo de um país totalmente machista, acho que avançamos muito.
(HAMED, 66 anos)

A mulher porque ela tem mais aquele jeito e muitas vezes um homem não quer se curvar, não quer lavar um prato, eu tô falando de outros homens, eu lavo roupa, lavo louca, ai tem gente que fala assim, ai tu faz isso, lava isso... É coisa de mulher. Mas eu não me importo não, não tem negócio não... Limpo casa, faço tudo. Eu gosto e minha mãe me ensinou... Eu não tenho problema não, olha a roupas sujas eu que lavo. (ANSIEL, 38 anos)

Eu não sei como lhe responder, é diferente porque eu não cuido dela assim, de levar pro banheiro, higiene, ainda bem né? Porque se precisasse eu não ia fazer. De jeito nenhum, porque o homem banhar uma mulher não convém, mesmo com esse problema. Eu não ia fazer.... Se ele precisar um dia, vai ser preciso uma das minhas irmãs assumir, eu não acho certo um homem, mesmo sendo irmão, eu não acho certo. Ainda bem que ela se cuida só...Graças a Deus. (ARIEL, 53 anos)

A idade, para Tomizaki (2010, p. 332), nem sempre constitui uma geração, afinal “o fato de determinados indivíduos terem nascido em um mesmo período histórico – o que, naturalmente, os fará avançar “juntos” nos ciclos da vida – não é suficiente para concluir que estes constituirão uma geração.”.

Em contrapartida Mannheim (2003, p. 52):

(...) só se pode falar de uma situação de geração (...) na medida em que os indivíduos que entram simultaneamente na vida participem potencialmente em acontecimentos e experiências capazes de criar laços entre eles. Somente um mesmo quadro de vida histórico-social permite que a situação definida pelos nascimentos no tempo cronológico torne-se uma situação sociologicamente pertinente.

Desse modo, queremos pensar nossos sujeitos pesquisados como aqueles que se encontram dentro de uma geração comum e que compartilha o sentimento baseado na masculinidade crítica, definida por Bento (2015, p. 92) como aquele que demonstra uma não aceitação ou até mesmo repulsa ao modelo tradicional em que muitos foram criados. A preocupação em dizer ao leitor que são esses cuidadores, é justamente para dimensionar todos os atravessamentos de classe, raça e geração que condiciona as formas desses cuidadores agir.

O modelo hegemônico de masculinidade, branco, heterossexual e dominante, não contempla a todos. Entretanto, “enquanto padrão, ela exerce um efeito controlador,

através da incorporação do **habitus** (BOURDIEU, 1983), da ritualização das práticas da sociabilidade quotidiana e de uma discursividade que exclui todo um campo emotivo considerado feminino e subordina outras variedades.” (MEDRADO, 1997, p. 20).

O cuidado enquanto atividade construída de forma culturalmente alheia ao universo masculino, demanda esforços psicológico, físico, financeiro daquele que se propõe a desempenhá-lo. As características pessoais e físicas, deste modo, se apresentam como ponto importante a ser considerado no momento que analisamos os arranjos construídos por cada cuidador. Nesse aspecto, reafirmamos as características que Passos (2018) destaca ao discorrer sobre cuidado: contextual, relacional e existencial.

Pensar gênero é entender que este envolve um gama de comportamentos esperados de homens e mulheres ao longo da vida. Comportamentos estabelecidos a partir da classe e do contexto no qual os sujeitos estão inseridos. Como afirma Giddens (2004, p. 114), “O gênero é um factor crítico na estruturação dos tipos de oportunidade e das hipóteses de vida que os indivíduos e os grupos enfrentam, influenciando fortemente os papéis que desempenham nas instituições sociais, da família ao Estado”. Alinhado a esse conceito, a perspectiva geracional indica em que condições esses papéis serão protagonizados. Desse modo, a geração “designa um coletivo de indivíduos que vivem em determinada época ou tempo social, têm aproximadamente a mesma idade e compartilham alguma forma de experiência ou vivência” (MOTTA, 2010, p. 350).

A vivência de cada geração, tanto para homens quanto mulheres, são diferenciadas por questões que vão além do gênero. Mais uma vez a classe, raça e etnia são aspectos importantes para ser observados. E nas vozes dos nossos atores, percebemos justamente um processo diferenciado e que reflete diretamente nas formas de cuidado exercidas. Além dos condicionantes citados, “a cultura condiciona as representações de velhice e de gênero com reflexos nas percepções sobre a saúde, a doença e o cuidado.” (Coelho et al, 2016, p. 408). Cultura, gênero e geração poderiam facilmente ser caracterizadas pelas palavras utilizadas por Passos (2018) quando refere que ambos são contextuais, relacionais e existenciais.

A masculinidade, em sua pluralidade, apresenta entre seus modelos, um que é entendido como hegemônico baseado principalmente na dominação natural do universo feminino enquanto produto do patriarcalismo. Quando referenciamos o complexo emaranhado de aspectos que podem influenciar nesses modelos de masculinidade, entendemos que a cultura mais uma vez desempenha papel fundamental. Assim, o

potencial da discussão enviesada pelo entendimento da importância de pensar os marcadores geracionais, especialmente o sentido do envelhecimento de homens cuidadores de pessoas com transtornos mentais, confirma mais uma vez a importância de considerar a multidimensionalidade do conceito de masculinidade e das possibilidades da mesma ser vivenciada de formas antagônicas por pessoas na mesma faixa etária. Em idades próximas e realidades sociais, culturais e financeiras diferentes, destaco Anpiel, de 71 anos, pai, aposentado, e Arael, de 72 anos, irmão, casado e empresário:

Eu na manhã faço pilotes, de lá vou pro trabalho, as terças, pego ele na minha mãe e venho deixar aqui, vou pro trabalho e à tardinha passo aqui, pego de volta, deixo na casa da minha mãe, vou pra casa e é isso no dia a dia. Falta de tempo, tenho que cuidar da minha vida, do meu trabalho e ainda tenho que cuidar deles... Não tem condição de morar junto, porque ele tem a casa dele, o canto deles. Lá é o paraíso da minha mãe e dele. (ARAEI, 72 anos).

Eu fico o dia em casa, eu tenho uma vendazinha lá em casa. Porque assim uma pessoa da minha idade, senão tiver nada pra fazer adocece. Aí eu tenho uma venda em casa, mas é separado de onde ela dorme por causa que é pra não fazer zoada onde ela mora, porque a pessoa dorme e tudo né. [...] Eu agora tô trazendo ela duas vezes, mas antes por conta das crises dela, era todo dia. Aí trazia e vinha buscar. (ANPIEL, 72 anos).

O cuidado em suas ressignificações é proporcional ao momento de vida em que o mesmo precisa ser exercido. Falo aqui do cuidado do outro, com a preocupação de lembrar que verificamos tais reflexos também no “cuidado de si”. As variantes dessas duas dimensões são ligadas também ao sexo de quem cuida. Ao pensar nas responsabilidades do cuidado, entendemos que “as formas e intensidade desse cuidado variam porque somos mais vulneráveis em alguns momentos da vida, como na infância e na velhice, e porque somos desigualmente vulneráveis durante a vida adulta, devido a condições físicas especiais, a enfermidades e fatores sociais” (BIROLI, 2018 p. 53).

Na discussão sobre autocuidado, quando pensamos nos homens enquanto agentes dessa atividade, a literatura indica a despreziosa preocupação consigo mesmo. E assim, enxergamos a hegemonia das mulheres nos dois cenários. É na contra naturalização dessa discussão que trouxemos para o foco os homens cuidadores. Entretanto não podemos esquecer que essas reflexões não se ancoram no vazio, mas na maior representatividade feminina nesses espaços. Ao analisarmos as pesquisas de

saúde e cuidado masculino, verificamos a produção do conhecimento que reconhece a pouca visibilidade dos homens.

Nesse espaço invisível do cuidado, exploramos a partir do lugar de cada cuidador, suas estórias baseadas naquilo que destacamos como pontos fundamentais de análise: disposição física, psicológica e financeira para o provimento desse cuidado. Convidamos o leitor, a pensar um primeiro ponto que podemos delimitar enquanto condição comum que podem ser verificada como fator relevante de análise: a idade. Entre as condições pessoais de cada cuidador, percebemos que a idade influencia as condições físicas, com ressalva ao processo de envelhecimento e condição de saúde, que de forma ampla também engloba a saúde psicológica:

Acho que deixei de dormir direito desde o meu transplante, e ele passa a noite com as luzes ligadas, ele não apaga. Meu transplante foi em Fortaleza... E aí quando voltei a cada semana um filho ia com a família inteira lá pra casa e cuidava da gente... Nós somos assim, somos afetividade. Eles me auxiliam. Quando ele tá terrível eu chamo um dos meus filhos, principalmente a que é enfermeira... Ela é muito doce, mas ela é firme. Ele tem um carinho enorme, ele se considera mais pai dela do que... E aí é minha certeza que se quando eu for, alguém vai dá continuidade (HAMEM, 66 anos).

Assim tem dia, tem hora que a gente fica... Às vezes a pessoa pensa que é porque a gente é pávio curto, é ignorante, mas não é minha filha porque é uma coisa que desgasta muito a gente, que vai consumindo e você não tem mais paciência (HANIEL, 65 anos).

Ai eu vou ter que procurar ir no juiz ou coisa do tipo justificar meu caso, eu sou doente, por exemplo, deu inflamação no meu dente porque eu extrai um dente e tava sem poder comer porque não podia nem abrir a boca direito e então já começou de lá, eu precisei trabalhar pra tirar umas fotos e quando voltei, tava lá no centro me deu um sono tão grande que a diabetes abaixou tanto que quando eu vim lá do centro eu não tava sabendo nem o que tava fazendo, eu tava em cima da moto, eu só tinha na cabeça algo dizendo daqui eu vou pro lado esquerdo ai quando eu cheguei no sinal da coca eu parei, mas quando cheguei em casa, não sabia o que tava fazendo ... Abri o portão quase caio na moto (BARIEL, 57 anos).

Em um primeiro bloco de discussão quanto ao perfil, apontamos a presença de uma faixa etária de cuidadores mais velhos, que cuidam de um público de idade

próxima, quando irmãos. A outra parcela compõe um quadro formado por um público com diferenças significativas de idade, especialmente quando o cuidado é protagonizado por genitores.

O cuidado doméstico provido por muitos cuidadores, diferente da realidade feminina abordada na literatura, nem sempre diz respeito aos afazeres domésticos de manutenção do lar. Entretanto não significa que suas atividades não demandem esforços físicos. Nesse universo, lembramo-nos da contribuição de Debert (1998) que argumenta sobre o fato que os homens velhos tendem a ser mais conscientes do processo de envelhecimento e reconhecerem que não são mais jovens e, conseqüentemente, não possuem mais a mesma disposição para manter o mesmo ritmo de determinadas atividades.

Em um dos relatos, percebemos justamente esse aspecto. Acompanhado do envelhecimento dos cuidadores alguns são conscientes dos aspectos limitantes adquiridos ao longo do processo de envelhecimento. Certos transtornos mentais se particularizam pela agressividade protagonizada pela pessoa que o possui, aspecto que se intensifica no momento da crise. O pai em questão relembra como foi ao longo dos anos lidar com a agressividade do filho, mencionando diferenças do tempo passado e presente, momento no qual ressalta mudanças que podem facilmente serem associadas ao processo de envelhecimento.

E aí ele se levantou de lá, mesmo sabendo que tava fazendo, me segurei. Aí quando ele partiu pra cima de mim pra me dar um tapa, ele deu, mas não pegou. Nesse tempo eu tinha força... Eu bati nele e ainda hoje ele se lembra. Um dia desses aqui no CAPS ele me deu um tapa (BARBIEL, 55 anos).

Doll (2011), entre os destaques sobre o maior número de pessoas que chegam às idades mais avançadas, afirma que nem sempre o idoso consegue esse ganho absorvendo uma qualidade vida. Com a idade, chegam também às conseqüências físicas. No universo de pessoas entrevistadas, destacamos o grupo de genitores como os representantes de idades mais avançadas. Em suas falas, sentimos em muitos momentos o eco do questionamento “quem cuida do cuidador?!”, quando viúvos ou divorciados, os cuidadores além das questões eminentes da doença da pessoa cuidada, lidam ainda com as demandas próprias de saúde.

Como mencionei, a importância desse recorte geracional diz respeito às dimensões físicas e psicológicas de saúde. Entre relatos, justificando nossa preocupação, destacamos os impactos nos aspectos de saúde desse público mais envelhecido:

Eu tenho problema também, acho que já deu pra perceber, eu tenho problema de saúde seríssimo: Eu sou diabético, tenho pressão alta, tenho colesterol alto. Isso tudo afeta sim. Eu espero que você não passe por isso, porque na hora que você tem uma pessoa em casa desse jeito, você atinge. A família toda atinge, porque é pesado” (BARBIEL, 66 anos).

Mesmo não relatado de forma direta ou autodeclarativa, entre os genitores idosos, percebemos um processo de adoecimento psicológico. Destaco ainda a situação de Anael que agressivamente adentrou a sala de entrevista aos gritos pois não havia sido chamado primeiro para o momento da entrevista. A própria equipe do CAPS Leste explicou que o idoso já demonstrava sérios indícios de um possível transtorno mental, entretanto o mesmo não era acompanhado nesse aspecto. Como afirma Souza e Bangnola, (2007, p. 268):

A construção de um tratamento pautado também pela conquista da cidadania e a confirmação de outro modo de cuidar não poderia calar a necessidade de um espaço de escuta, para que nele pudesse aparecer o sofrimento muitas vezes inerente à convivência com alguém que representa na família algo estranho.

É notória a necessidade acompanhamento desses familiares, em especial como forma de prevenção do próprio sofrimento/desgaste psíquico vivido por eles. Um dos pais entrevistados pontuou de forma incisiva justamente sua preocupação ao descobrir a doença da filha:

Quando a gente começa você acha que aquilo não vai te afetar, só que também uma médica falou. Ela me preveniu assim, disse ‘olha você cuidando de uma pessoa que tem esse problema no futuro tanto você quanto a sua esposa vai ser necessário fazer tratamento também’. E assim, tem dia, tem hora que a gente fica... Às vezes a pessoa pensa que é porque a gente é pavio curto, é ignorante, mas não é minha filha. Porque é uma coisa que desgasta muito a gente, que vai consumindo e você não tem mais paciência (HANIEL, 65 anos).

Elencamos dentro desse relato, a necessária atenção de lembrarmos quem é o nosso sujeito: um homem. E nesse aspecto, pensar a complexa teia de discussão sobre subjetividades masculinas, é destacar as contribuições de Bento (2015, p. 19) a respeito da:

Possibilidade de o homem falar de suas angústias, medos, incertezas e a liberação das emoções por meio do choro têm sido um processo tenso, marcado por conflitos existenciais.

Aos poucos, apresentando aos leitores quem são esses cuidadores, criamos espaço para explorar as formas de cuidado desenvolvidas pelos mesmos e como suas masculinidades são moldadas e performatizadas em cada contexto, é o que veremos nos tópicos seguintes.

3.2 SENTIDOS DO CUIDADO: A NARRATIVA DE HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Para Rosa, há uma feminização do encargo de assistir ao portador de transtorno mental (ROSA, 2003). Para a autora, há nesse espaço de discussão um compromisso em caracterizar a realidade que está do lado oposto a esse processo: as práticas de homens cuidadores.

As práticas sociais são entendidas no sentido da ação/criação. Dependem do contexto e das interações que envolvem o processo de articulação da prática. Assim como a masculinidade, performatizada de várias formas, optamos pela noção de práticas sociais, justamente por essas representarem a diversidade, e desse modo contempla os diferentes modos de cuidar.

As práticas sociais se referem a um processo interativo em que sujeito, objeto e grupo social não podem ser considerados isoladamente. É no jogo dessas interações que as práticas se consolidam, adquirem significados e são ressignificadas, impregnadas por valores e afetos, contribuindo para a construção e transformação das diferentes teorias psicológico-populares que influenciam o imaginário de determinado grupo social.

As práticas não se assentam no vazio, mas estão diretamente relacionadas às normas e padrões tradicionais. A cultura desempenha papel fundamental na determinação dessas práticas. Quando pensamos o cuidado e toda sua discussão que envolve a feminização desse espaço, devemos lançar o olhar para as práticas de cuidados masculinas, entendendo que a base do modelo de cuidado sempre foi marcada

por um patriarcalismo tradicional, este que “durante século, a família, sob o comando da autoridade paterna, forneceu o modelo ou a metáfora para as relações de poder e de autoridade de todos os tipos” (PATERMAN, 1988, p. 44).

De acordo com Giddens (1989, p. 67), práticas sociais podem ser “procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executados apropriadamente pelos agentes sociais”, sendo dinâmicas no tempo e no espaço e consideradas “herança de tradições, normas, regras e rotinas geradas e repetidas nas atividades diárias, que alcançam, assim, o caráter de algo legítimo”. Fato que explica o estranhamento do homem enquanto pessoa que cuida. A alocação das tarefas tem o gênero como eixo (BIROLI, 2018, p. 67) e desse modo a construção social em volta dos gêneros, constroem formas naturalizadas de agir para cada sexo e gênero. Desse modo, naturalizamos um modelo que “a tendência predominante é a maioria dos homens investir seu tempo prioritariamente no mercado de trabalho, enquanto a maioria das mulheres se divide entre o trabalho remunerado e os cuidados da família” (SORJ, 2014, p. 105).

Na visão de Bourdieu (1989, p. 261), prática é:

O produto de uma relação dialética entre a situação e o habitus, entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funcionam em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações e torna possível cumprir tarefas infinitamente diferenciadas graças à transferência analógica de “esquemas” adquiridos numa prática anterior.

Há no estabelecimento das práticas uma mutabilidade que depende de estruturas diversas. Elas são constituídas por relações de gênero, classe e raça. As normas naturalizadas que norteiam essas práticas são marcadas, quando pensado as questões de cuidado, no processo de divisão sexual do trabalho. E assim, podemos afirmar que “as atividades realizadas em prol de outras pessoas assumem padrões condicionados pelas hierarquias de raça e de classe” (BIROLI, 2018, p. 69).

Quando indagamos aos cuidadores os seus próprios entendimentos sobre cuidado, foi justamente para entender como esse cuidado desempenhado por eles, poderiam se configurar enquanto prática e de onde as mesmas partiam. As práticas sociais de cuidado são marcadas por mudanças e permanências, especialmente considerando o lugar social e econômico que cada cuidador desempenha dentro da família e também no mercado de trabalho que está inserido.

Com relação ao entendimento e os sentidos do cuidado, não podemos estabelecer uma definição estanque do mesmo, afinal, cada sentido traz consigo uma subjetividade do lugar do cuidador. Há nesse sentido a possibilidade de entender o cuidado como uma atividade que envolve necessidades e disposição daquele que cuida. O cuidado é ainda definido a partir de um conjunto de sinônimos pensados a partir da palavra “atenção”, esta que dimensiona a complexidade de atividades que envolvem cada caso:

Cuidar significa ter muita atenção, muito zelo com essas pessoas com esse problema, porque exige muito da gente. Exige cuidado e tempo da gente, ela ganha o dinheiro dela e de certa forma não precisa exigir financeira da minha parte. Exige cuidado mesmo. (ARIEL, 53 anos)

A atenção exigida por cada pessoa envolve aspectos que se intensificam por conta do diagnóstico de cada usuário, bem como a própria relação de proximidade com o cuidador. No geral, o entendimento do cuidado envolve uma exigência que acontece o dia inteiro, e que não se restringe apenas uma atividade em si. Mas uma rotina diária que começa cedo.

Cuidado é se preocupar mesmo, ter a preocupação de verdade, como por exemplo: eu levo ela pra escola, trago pro CAPS, vou pegar medicamento, levo pro psicólogo, levo pro dentista, levo pra ginecologista. (AMITIEL, 36 anos)

Cuidar não é só você dá comida, dá remédio. Não é só isso, você tem que saber lidar com esse tipo de coisa, saber conversar coisas na hora certa, porque tem hora que você vai falar uma coisa e parece que você não tá... Parece que você vai ajudar e não vai ajudar. (ANAEL, 77 anos)

Cuidado que eu tenho com ele é o que tá em volta dele, eu olho pra ele como foco, mas eu fico mais é observando o que está ao redor dele... E ao redor dele tem eu, tem a mãe dele, tem o irmão dele e tem as coisas pontiagudas como facas ou qualquer outro tipo de coisa. (BARBIEL, 55 anos)

O cuidado é ainda entendido como função natural da família, como uma responsabilidade que envolve o lugar social de cada um: ser pai e ter obrigação de cuidar, ser um irmão e honrar a memória dos pais que faleceram:

Cuidado é responsabilidade, é o jeito ficar mais ela, não tem outra pessoa.
(ADONAEL, 36 anos)

Cuidado é carinho, é amor, é a responsabilidade, faz parte da família né ?
(ANSIEL, 38 anos)

Cuidar é ser pai e mãe dentro de casa... Eu luto com 6 pessoas. (ANPIEL, 71 anos)

Há uma romantização do cuidado, especialmente pela relação de afeto que muitas vezes está presente nessas relações. Mas há uma particularidade em ser cuidador de uma pessoa com transtorno mental e que deve ser levado em consideração às exigências dessa função. Cuidar é amor, é carinho, mas também é perigo. O investimento de um cuidador vai além das questões materiais e financeiras. É nesse sentido que o mesmo pode ser definido a partir das dificuldades:

Cuidar é complicado, não é fácil não. Mas eu pelo menos eu digo assim se você não tem ninguém assim do jeito dela no meu caso, você tem que dar graças a Deus de não ter esse trabalho, porque assim lá em casa eu digo pra mulher, a responsabilidade é minha e dos meus irmãos se eles quisessem cuidar, mas eles não querem. (BARIEL, 57 anos).

É perigoso porque nos tem que cuidar dele, tem que deixar tudo no ponto, reservado, no horário do almoço nos tem que tá lá, eu né?! Eu principalmente. (KALAZIEL, 69 anos)

As práticas de cuidado, em geral, são caracterizadas a partir de experiências femininas de exercê-las. E dessa forma, é pensado em geral no espaço doméstico e nos afazeres do lar. As experiências ouvidas na pesquisa envolvem cuidados que se estendem em todos os âmbitos de vida das pessoas com transtornos mentais. Mas quando questionados sobre as atividades exercidas, cuidar do outro é explicado a partir de experiências diversas, mas que se esbarram nas questões de higiene e atividades tipicamente caracterizadas como domésticas. Com relação aos homens cuidadores de mulheres, especialmente os irmãos, era como se houvesse sempre o adverbio adversativo “mas”: Eu cuido, mas a higiene ela faz...

Eu acho que a questão de higiene e é mais fácil pra mulher, na questão de assuntos, porque percebo que tem coisas que ela não conversa comigo porque eu sou homem... Tipo quando ela tinha um namorado na escola, isso levou a última crise dela, ela tinha medo de me contar as coisas... As questões afetivas e de relacionamento são difíceis. (AMITIEL, 36 anos)

Eu quase não cuido dela no sentido de higiene... Na crise eu que cuido dela, que sou o mais próximo dela. Ela tem respeito, deve ter. Porque ela acha que é dependente de mim, ela sabe que sou que cuido dela, e aí ela tem um respeito por mim, porque eu que cuido... Eu que venho pro CAPS, eu que acompanho quando ela vai pra qualquer lugar e aí ela tem esse respeito. (ARIEL, 53 anos)

Varro casa, lavo louca, faço comida e barro o terreiro. Desde pequeno minha mãe me ensinou. Todo homem pode cuidar da casa, eu faço comida... (ADONAEEL, 38 anos).

No caso dos pais cuidadores, as atividades tipicamente femininas com relação à higiene dos filhos, não são vistas com tantas barreiras. Entretanto, as mesmas são feitas apenas quando não há nenhuma figura feminina que posso auxiliar nesse aspecto. E quando há essa pessoa, os homens afastam de si a responsabilidade.

No caso do banho que eu falei, se eu pudesse dava o banho nela... Assim tem aquela barreira, tu sabe do que tô falando. Aí pra não ficar um negócio meio, eu faço questão de não entrar nesse meio e deixo mais pra mãe dela. (HARIEL, 65 anos)

Ela não consegue fazer a higiene dela, não se cuida. Eu ajudo, não tenho problema. Só tem eu. (BARAKIEL, 60 anos)

Ela come e banha só...se eu fazer? Assim muitas coisas eu posso ajudar... Negócio de querer ir pra um hospital, pra casa de um parente... Mas assim, ela se vira só pra banhar. Mas se precisasse, era o jeito. Ali no Satélite tem as mulheres com outros pacientes e aí eu peço na porta do banheiro, eu digo assim: ei leva essa menina até dentro do banheiro e eu fico esperando até a senhora trazer. Eu sempre tento achar essas ajudas no momento da crise, mas se for preciso e não tiver outra pessoa, eu, como pai é o jeito. (ANPIEL, 71 anos)

Nas práticas vividas, há aquelas que desempenham todos os tipos de atividades, como atividades do lar e até mesmo as questões de higiene. E aqueles que atuam pontualmente e são responsáveis por atividades mais específicas. O cuidado é provido, então, na forma objetiva e subjetiva. Carrasco (2001) aponta que para os homens o tempo do cuidado é residual, pontual e minoritário. Essa não foi à realidade conhecida. No geral, o grau de dependência das pessoas cuidadas, determinam as exigências desse cuidado. Mas há na realidade desses cuidadores um provimento de cuidado que não se limita e que exige atenção 24h e impactam-nos diferentes espaços sociais e de vida que esse cuidador se estabelece.

Eu figo agoniado quando meu celular descarrega e não tem onde carregar... Porque ela me liga várias vezes, e a mamãe me liga. Eu não posso ficar com o celular desligado. Antigamente eu viajava muito, quase não parava em casa, minhas férias passava boa parte viajando. (AMITIEL, 36 anos)

Olha eu não viajo, eu não vou pra lugar nenhum... só do trabalho, eu já cheguei cansado e vim correndo pra pegar ela, eu que tenho que vim buscar. Minha mulher tem medo até de pegar ela. (BARIEL, 57 anos)

Ele não dorme bem, ou eu que não durmo bem. Ele passa noite toda, liga luz, liga TV e fica lá. Eu até ameaço e digo no dia que essa TV pifar, você vai ficar sem. (HEMAN, 66 anos).

Meu dia a dia era esse aí, cuidar das pessoas lá, dar conta dele e do trabalho... E quando aconteciam as crises ainda tinha que atrelar esse fato. E assim eu sempre ligo direto, porque eu tenho medo do que eu vejo na facilidade de acontecer na minha ausência. Porque quando eu tô lá e digo para, entendeu? Não pega isso, não pega aquilo. Mas é muito desgastante quando eu tenho que dividir o trabalho e a casa, o trabalho e a consulta aqui... Mas quando ele tá só numa consulta rotineira, a mãe que vem. (BARBIEL, 55 anos)

Mesmo o cuidado pensado a partir de uma configuração que o determina a partir das diferenças sexuais e naturaliza funções para as mulheres, alheias, ao universo masculino, ressaltamos que nas práticas mencionadas, enxergamos uma superação de certos lugares sociais desses homens cuidadores. Citamos, por exemplo, a situação do pai cuidador que acompanha a filha na ginástica, ressaltando ser o único homem, mas que faz isso para que a filha não desista de ir.

Lá na academia lá, só porque tem um monte de mulher, eu chamo meus colegas, digo vamos participar, lá é bom, tem os exercícios e eles dizem: tu é doido, só tem mulher lá. Eu vou porque tenho que acompanhar ela, ela tem que fazer exercício e se deixar só, ela não vai. Eu vou por causa dela, e minha esposa também tá indo HARIEL,65 anos).

Ou o caso do irmão que acompanha a irmã na consulta ginecológica:

O pessoal que trabalha comigo até estranha, porque eu aviso... Olha amanhã eu não venho porque vou pra ginecologista... Eles brincam... Mas sou que levo ela, porém nesse caso a mamãe vai junto... Às vezes o médico que fazer um exame mais detalhado e eu não vou entrar com ela e aí tem que ter alguém... Mas quando vou à ginecologista, eu que entro com ela. (AMITIEL, 36 anos)

O cuidado pode ter significado e organizado de formas profundamente diversas. (BIROLI, 2018). Os homens, se dispostos, se mostram tão capazes quanto às mulheres de prover esse cuidado. Os papéis marcados por gênero são superados pelas necessidades dos seus familiares. Visualizamos uma busca de homem para dentro de si, que nas palavras de Bento (2015, p. 130) é “um movimento centrípeto, de valorização da intimidade, a partir da reestruturação da subjetividade.” Ou seja, há uma movimentação na reorganização das identidades de gênero.”

Partindo das vivências e práticas desses cuidadores, podemos pensar na motivação desse cuidado. Desse modo, estão na função de cuidador por diferentes motivos, mas no geral, pela relação de proximidade com a pessoa cuidada. Os pais cuidadores, mesmo com a presença da figura feminina na família, desempenham a função pela relação mútua de carinho e consideração.

Ah, eu cuido porque eu amo. Eu cuido porque eu gosto, é meu filho. Eu cuido porque eu preciso dele. Não é ele que precisa de mim não, sou eu que preciso dele. Eu preciso que ele exista, que ele esteja comigo. Eu preciso que ele esteja bom, eu não preciso que ele trabalhe pra me sustentar, de jeito nenhum. Eu que preciso dele... Eu cuido porque tenho carinho, porque tenho amor, não é porque ele é filho não. Eu cuido porque ele é um ser humano. Ele é gente. E não é porque eu gosto de cuidar dessa forma, eu não posso dizer que gosto, mas quando chegou a realidade, eu cuido por isso, porque ele é gente. Cuido como se fosse outro da minha família. (BARBIEL, 55 anos)

Eu cuido porque é filha né... Eu gosto deles e sempre digo a nossa família é nosso filho. Mulher? Tem muita mulher que tem capricho de viver com uma pessoa e tem delas que vive a força. Os filhos ficam com a gente todo tempo, tudo que acontece corre pra casa do pai né? (ANPIEL, 71 anos).

Porque a necessidade, eu tenho certeza que com o problema que ela tem nenhuma outra pessoa sabe cuidar. Não sabe porque eu como pai tenho dificuldade, você imagina uma pessoa que não é nada dela. Facilita ser pai. Ser da família. (HARIEL, 65 anos)

A moral, o respeito, a reciprocidade funcionam como justificativas para muitos cuidadores ocuparem essa função. Na realidade de homens que não possuem outras mulheres na família, cuidar funciona ao mesmo tempo como fatalidade, geralmente a pessoa escolhida é aquela que sempre teve a relação de maior reciprocidade ou que acredita na responsabilidade pela relação de parentesco. Esse segmento de discussão buscará discutir partindo dessa noção todas as configurações de cuidado baseada na justificativa da parentalidade.

A minha mãe sempre dizia quando ela adoeceu de câncer, ela disse olha meu filho cuide dos meninos... Meu pai gostava de andar em festa, de sair e aí minha mãe sempre orientou, desde pequeno, uns 5 anos ela já me orientava. Ela faleceu eu já tinha 20 anos e de vez em quando ela me orientava... Já acompanhei eles no Areolino, ia visitar. (ANSIEL. 38 anos)

Era mamãe que cuidava, minha mãe faleceu quando meu filho tinha 7 meses de nascido, e ele já tem 19. Desde então sou o responsável por ela. (BARIEL. 57 anos)

Acho que desde sempre, porque eu sempre tava perto da minha mãe. Mas antes eram eles dois, aí quando me divorciei eu fui pra lá e comecei cuidar de tudo, tá com 13 anos que mamãe morreu. Cuido em respeito a ela e a ele. Cuido porque sou uma pessoa boa, de boa índole e porque acho que tenho necessidade de ser útil, de ajudar. (HEMAN, 66 anos)

Vale nesse aspecto, levar em consideração muitas respostas que foram iniciadas a partir da noção de confiança e respeito. Nesse sentido, retomamos Giddens (2002, p. 43):

A confiança básica é um dispositivo de triagem em relação a riscos e perigos que cercam a ação e a interação. É o principal suporte emocional de uma carapaça defensiva ou casulo protetor que todos os indivíduos normais carregam como meio de prosseguir com os assuntos cotidianos.

O cuidado, enquanto atividade compreendida como um trabalho é administrado por esses sujeitos de forma paralela às necessidades laborativas e sociais. O cuidar do outro, exige organização da agenda para a sustentabilidade própria de si.

Se as pesquisas sobre cuidado de crianças menores no espaço do lar indicam uma polarização da força de trabalho da mulher entre o espaço privado do lar e o espaço público, onde desempenham trabalho remunerado (SORJ, 2013), na realidade de cuidadores de PTM, percebemos o mesmo esforço desses cuidadores em conciliar ambos os espaços. Mesmo no caso de compartilhamento de cuidado com as esposas e irmãs, os cuidadores pesquisados são as referências primárias dos esforços objetivo-materiais e subjetivo-afetivos para que o cuidado seja de fato materializado:

E afeta sim, no trabalho, porque eu fico preocupado em casa, devido esses problemas que vi que ele tem com a mãe, e no trabalho porque eu não tenho rendimento no trabalho, porque aqui quando eu venho com ele, o telefone fica todo tempo tocando (HARIEL, 65 anos)

Como eu te falo você cuidar de uma pessoa assim é abdicar de muitas coisas mesmo... Questão de oportunidade melhor de emprego de não poder trabalhar o dia todo, porque eu sempre tenho que tirar um tempo pra está em casa. Ai nesse período da tarde é o melhor pra cuidar dela. (AMITIEL, 36 anos)

Minha rotina? Eu trabalho com evento, comercial, festa e tudo... Tenho que entrar nos clube. Ai eles vem pra cá, às vezes não quer vim, eles tem que banhar... E assim quando eu tô em casa, eu dou orientação, quando eu não tô em casa, a minha mulher que tem que dá orientação. (ANSIEL, 38 anos)

Se eu tivesse um emprego de carteira e tiver os horários certos, aí eu não iria conseguir conciliar. Se tivesse a oportunidade, eu nem sei, nem sei o que digo, porque eu se eu largasse o cuidado dela, outra pessoa da minha família teria que assumir tudo isso, e aí eu não sei por que ela não se dá pra morar em outra casa, ia mudar tudo, mudar a rotina, acho que ela não ia aceitar. (ARIEL, 53 anos)

Eu hoje já abri mão de emprego justamente pra ter mais tempo de ficar com ele. Eu não ganho mal. Todo dia eu posso pegar em dinheiro, e tempo também, sobra tempo e então deixei de pegar o emprego... Mas eu faço o que gosto... E o trabalho lá era o dia inteiro, de segunda a sábado. (BARATIEL, 54 anos)

Outro aspecto importante diz respeito à importância do trabalho, que muitas vezes não pode ser conciliado junto com tarefa de cuidar. Para Nolasco (1993, p. 70), “o trabalho – que para os homens não está ligado à escolha e sim a fatalidade - está misturado à afetividade e sexualidade masculina e, junto com elas, formam o tripé da masculinidade”. Este que pode inclusive, Segundo Hardy e Jimenez , (2001, p. 81),

Provocar a sensação de diminuição da masculinidade. Essa sensação seria percebida não só pelo próprio homem, mas também por sua companheira e filhos. Existem estudos que indicam que o desemprego é uma das causas da violência doméstica e do alcoolismo.

Analisar o cuidado enquanto prática social, realizada a partir da realidade de cada sujeito, nos sugere uma impossibilidade de definir de forma taxativa as atividades necessárias para se pensar uma definição geral desse cuidado. O dia-a-dia desses sujeitos envolvem uma adequação ao universo do cuidado que passa por funções tradicionais pensadas para os homens e que nem sempre se adequam a ideia feminizada do cuidado. Questionar aos homens, o que para eles é o cuidado, os faz, mesmo que desempenhando de forma própria essa função, sempre compará-la ao que tradicionalmente pensamos como algo natural das mulheres.

Na construção dessa dissertação, sem dúvidas, desinvisibilizar o cuidado provido por homens é uma forma de contribuir para uma nova dimensão e caracterização desse cuidado. Dar voz às narrativas do cuidado desenvolvidas por eles é também mostrar que não há receita pra exercer essa função. Não há cuidar melhor ou pior. O cuidado é uma postura, “estar disposto”, e nesse sentido, o espaço pode ser ocupado de diferentes modos.

3.3 O HOMEM QUE CUIDA: REDISCUTINDO OS SENTIDOS DE MASCULINIDADE

Um dos objetivos da dissertação é identificar os sentidos de masculinidades vivenciadas pelos cuidadores nos espaços domésticos. Indagados sobre o motivo de eles exercerem o cuidado e analisando a forma como esses cuidadores desempenham no dia-a-dia essa função, podemos entender como esses homens percebem e entendem a configuração de suas masculinidades.

Na pesquisa, tivemos contato com sujeitos dos mais diferentes tipos. Desde homens que se consideram ou são considerados caricaturalmente “machões”, até homens caracterizados pelos profissionais como “extremamente delicado e cuidadoso”. Adentrar os espaços institucionais em busca de homens exercendo o cuidado e selecioná-los por um perfil do prontuário foi uma tarefa interessante para pensar a forma como criamos suas imagens a partir das falas dos profissionais de referência. Para isso, usamos como exemplo o entrevistado Anpiel, de 71 anos. Nos corredores do CAPS durante a espera para apresentar a pesquisa para coordenadora do serviço, conheci a filha do cuidador. Em poucos minutos de conversa, ouvi sobre sua família, o pai e a irmã. Passada a recepção feita pela usuária, que é bastante conhecida na instituição, fui apresentar a pesquisa para coordenadora que pontou a feliz coincidência de ter conhecido a filha de um cuidador que se encaixava muito bem nos critérios. O pai definido como participativo e forte, pela profissional, seria o primeiro entrevistado. A educadora física, técnica de referência da jovem, falou um pouco mais do pai e da situação da outra irmã, também acometida por transtorno mental.

Imaginei Anpiel um senhor alto, falante e de pulso forte. No final da tarde, após a esperar até o 17h, conheci o cuidador: um senhor de um pouco mais de 1.50 de altura, magro, mãos calejadas, pai de 06 filhos que foram abandonados pela mãe quando adolescentes, voz falha e pilotando uma moto de modelo antigo. Fui informada pelos porteiros que aquele era o famoso pai da usuária. E é partindo dessa desconstrução que vamos discorrer sobre os sentidos de masculinidade encontrada nos Centro de Atenção Psicossocial de Teresina.

A pergunta chave para construirmos esse seção da dissertação foi “o que você pensa sobre o fato de homens exercendo o cuidado?”. Não foi perguntado de forma direta o que eles entendiam ou como definiam suas masculinidades, afinal, o propósito é analisar esse sentido a partir da forma como esses homens desempenham a função de cuidador.

Falar sobre o masculino indica uma visita quase que imediata ao universo feminino. Nesse sentido, nas falas dos entrevistados foi comum a referência à forma de

cuidar das mulheres, ou melhor, a forma tradicional de cuidado despenhado por elas. Sendo essa referência colocada, em muitos casos, como a forma certa de cuidar.

Não muda muito... Mas mulher é mais paciente. Eu sou paciente, tem homens paciente... Nem todo mundo é igual... Todo mundo é diferente. Tem diferença assim, a mulher sabe cuidar, cuida melhor quando é entre mulheres, mas quando é um homem e uma mulher é diferente, porque assim um homem não vai cuidar tão bem se fosse uma mulher cuidando de outra mulher.
(ARIEL, 53 anos)

No geral, nossos entrevistados não podem ser definidos enquanto representantes unânimes nem da masculinidade tradicional/hegemônica, tampouco, como da masculinidade subalterna. Há em comum entre eles, um conjunto de características que indicam justamente a impossibilidade de agrupá-los em um modelo único. Entretanto, é necessário ressaltar a forma como as maiorias dos entrevistados percebem o cuidado: atividade necessária, posta em suas vidas como algo que deve ser feito, tal aspecto desnaturaliza a ideia que se tem do cuidado, e como consequência moldam suas masculinidades.

Por outro lado, quando questionados sobre as diferenças de cuidado entre homens e mulheres, alguns se colocam, mesmo sem afirmar com certeza, como a exceção, ao se definirem a partir de palavras comumente utilizadas para descrever as mulheres e atividades mais femininas. Por não terem referências, acabam tomando a imagem do cuidado como algo feminino, apesar de imprimirem diferenças às práticas de cuidado pelas ações que realizam. Há nesse sentindo quase uma voz oculta que diz “a tarefa de cuidar me fez assim”.

Acho sim, a mulher tem mais jeito. É mais cuidadosa, e o homem não. *Eu sou cuidador, não vou dizer que sou uma exceção, mas faço o básico.*
(ARIEL, 72 anos)

A mulher cuida melhor que o homem, a mulher é muito mais organizada e cuidadora dele que é homem e de uma filha se fosse mulher. A mãe é muito mais organizada. *Eu sou organizado, mas não é porque eu nasci assim não, é porque é o jeito ser.* Lá em casa não chega ninguém pra dizer que na casa desse rapaz que é doente, não senhora. A área que ele fica é organizada, o quarto que ele dorme, eu fiz agora a pouco tempo, com banheiro dentro do

quarto e tem uma área boa, uma pia grande dele ir pra lavar a mão, tudo é muito organizado por mim. (KALAZIEL, 69 anos)

Não muda muito... Mas mulher é mais paciente. *Eu sou paciente, tem homens paciente... Nem todo mundo é igual. Todo mundo é diferente.* (ARIEL, 53 anos)

A mulher porque ela tem mais aquele jeito e muitas vezes um homem não quer se curvar, não quer lavar um prato, *eu tô falando de outros homens, eu lavo roupa, lavo louça, aí tem gente que fala assim, aí tu faz isso?* Lava isso? É coisa de mulher. Mas eu não me importo não, não tem negocio não... *Limpo casa, faço tudo.* Eu gosto e minha mãe me ensinou... Eu não tenho problema não, olha a roupa suja é eu que lavo. (ANSIEL, 38 anos)

Nessa perspectiva, o cuidado como algo do qual eles “não podem fugir”, é absorvido como uma tarefa que não cabe recusas. Há genitores que superam muitos tabus, inclusive da diferença entre os sexos, para dar banho nas filhas adultas. Mas há genitores que reproduzem um entendimento tradicional e machista, onde a relação matrimonial representa um contrato de interesse. Há exemplo, Kalaziel de 69 anos, que fala sobre o relacionamento amoroso como uma forma de viabilizar a função de cuidador:

Eu tava só, aí eu tive que arrumar uma mulher porque não podia dar jeito só. Aí eu fui casei com ela, tive dois filho com ela e aí foi quando nos se juntamos e ficamos quietos.

O entrevistado, mesmo alegando que faz todas as atividades de casa, percebeu que para ele o casamento e o auxílio da companheira preservam sua masculinidade. Mesmo aposentado, o cuidador ao se apresentar, enfatizou todos os lugares que havia morado e as funções desempenhadas, como uma forma de justificar a fase sossegada e o atual estado de ser um homem aposentado que passa o dia em casa com o filho. Tal situação materializa o que os autores definem como traços do “poder do macho”:

Para Saffioti (1987), um dos traços que caracteriza o “poder do macho” é que para ele não importa que a mulher, objeto de seu desejo, não seja sujeito desejável, basta que ela consinta em ser usada enquanto objeto. (BENTO, 2015, p. 153)

Ao falar sobre o fato de ser um homem cuidador, o mesmo afirma que no geral, os homens não possuem jeito para isso, mas se fizerem algumas abdições, é possível que consigam.

Eu acho que hoje as mulheres são mais suficientes pra atender esse tipo de coisa do jeito que você fala aí... Homem é bicho nó cego. Homem não é coisa de se pegar não, por isso aí a gente tem que se entrosar e se organizar e ficar quieto, pra cuidar dele e de qualquer outra pessoa. (KALAZIEL, 69 anos).

Há palavras de fácil alusão ao universo feminino, como paciente, calma, cuidadosa. Analisar a masculinidade a partir das falas desses homens proporciona uma visão diferente. Afinal, são homens falando de seu lugar de homem. Os cuidadores se colocam, no geral, como capazes. O homem é “nó cego”, por exemplo, mas se ele quiser, pode “nadar” contra essa corrente. No rol de palavras para definir ou pensarmos sobre a masculinidade, chamo atenção para fala do pai, que ao utilizar a palavra “negativo”, traduz o tradicional lugar do homem e da mulher, na esfera do cuidado:

As mulheres são mais práticas e os homens são mais negativos. Para mulher é prático, você chama pra arrumar direitinho. A mulher nesse caso é muito mais suficiente e ficou pra fazer isso. (KALAZIEL, 69 anos)

A masculinidade dos cuidadores é vivenciada e percebida de forma que comprovam a multiplicidade das mesmas. No processo de análise das narrativas percebemos que perguntar a esses homens porque os mesmos desempenham o cuidado, foi um interessante mecanismo para entender como eles reconhecem suas masculinidades. Ao longo do contato com os cuidadores, acredito que podemos deixar em aberto uma nova categoria: masculinidade do cuidado. Como aquela que se constrói e reconstrói a partir de práticas e ações reais do cuidado, e não como algo que poderia denominar o que se estipula ou se espera do homem que cuida. A masculinidade do cuidado é fruto de uma necessidade que em muitos casos são estabelecidas porque “não tem outro jeito”. Como exemplos, trazemos a realidade de Arael de 72 anos, Anael de 77 anos e de Amitiel, irmão cuidador, de 36 anos:

No meu caso, eu acho que cada caso é um caso, nos outros casos acho que é porque tinha irmã, acho que se eu tivesse uma irmã, iria ter o tempo dela ficar com ele, é porque eu não tenho, mas se tivesse ela entrava na escala. (ARAEEL, 72 anos)

É eu porque minha esposa passou um acidente e aí tá com 7 anos e ela deixou de cuidar, ela quebrou a perna e quando ela começa andar incha muito, ela não pode andar muito. Aí eu que tenho que andar pra todo lado com ele, e graças a Deus tenho transporte pra locomover com ele. (ANAEL, 77 anos)

Mais pela questão da idade da mamãe, como ela além de ter essa certa idade quase 70 anos, ela dá muito trabalho. Antes tinha o papai pra dividir as obrigações com a mamãe, eu não cuidava diretamente, antes eram eles... Mas quando o papai ficou doente e veio a óbito, automaticamente a função ficou pra mim. (AMITIEL, 36 anos)

Destacamos o caso de um pai, Anpiel de 71 anos, este alega que sempre foi o cuidador das filhas. A esposa abandonou a casa sem avisar quando a filha que é acompanhada pelo CAPS era ainda criança.

Sempre fui eu que cuidei, ela (mãe) gostava de maltratar os filhos. Eu brigava e ela se zangava comigo.

Enquanto há um grupo majoritário de cuidadores que tiveram que se adequar a realidade do cuidado, bem como criar uma espécie de deslizamento e uma descontinuidade das características estereotipadas para figura masculina. Destacamos aqueles que se partilham as atividades com suas esposas, se apresentam como genitores presentes e que acreditam na equidade entre homens e mulheres. São pelo menos 03 (três) genitores que delinearão suas falas de forma atual se levarmos em conta que a faixa etária dos mesmos variam de 55 a 77 anos.

Nós em casa, graças a Deus, somos uma família controlada. A gente faz o círculo e conversa. Principalmente minha esposa. Ela é uma pessoa muito legal, quero que você veja. Ela é dessa grossurinha, mas é uma pessoa que tem a cabeça no lugar. Ela me auxilia em tudo, tudo que ela diz pros filhos quero assim, assim, pronto está feito. E todo mundo obedece, até eu obedeço. E aí é uma mulher muito controlada, vou lhe falar... Graças a Deus a gente vive muito bem. Eu acho que se não fosse ela daquele jeito, eu nem ia saber como era nós. Às vezes na hora que eu me altero, falo algo que ela não gosta e ela diz calma calma, vamos sentar e conversar. E aí ela vai explicar pra gente, e é uma coisa muito bonita e muito importante.

Na fala de Anael, a priori, parece-nos que a companheira que é o pulso forte da casa. Entretanto, ele deixou claro que a relação é de diálogo e companheirismo. A esposa é doente e tem limitações. O filho do casal desenvolveu o transtorno mental pelo uso continuado de drogas. O entendimento da sua masculinidade é uma mesclagem do que se espera do homem enquanto marido: provedor financeiro e protetor responsável por zelar a imagem dos filhos; como também mais equitativa com a companheira, sem receios ou bloqueios em ter que desempenhar funções domésticas no dia-a-dia.

No caso de Hariel, 65 anos, suas atividades são compartilhadas com a esposa. Em casa ele auxilia nas mais diversas tarefas e se coloca como principal cuidador, pois a esposa “não tem cabeça para lidar com a situação”, bem como não consegue controlar a filha quando está em crise. O cuidado na instituição é sempre compartilhado, inclusive ambos sempre estão presentes nas reuniões de família.

Minha esposa auxilia, eu nem sei te dizer, mas em parte ela faz até melhor que eu. Porque ela além de ser mulher... Mas assim a diferença é assim, embora ela sendo minha filha fica aquela coisa assim ela é mulher e eu sou homem.

Pelos resultados aqui apresentados indica movimentos por parte dos cuidadores quanto à equidade entre os gêneros. Rediscutir os lugares de homens e mulheres na responsabilidade do cuidado é uma forma de evidenciar a necessidade de a temática ser incorporada na agenda pública de discussão. O exemplo desses cuidadores nos mostra que há uma ressignificação da masculinidade, oferecendo para nós a possibilidade de visibilizar um modelo que se distânciava da masculinidade tóxica influenciada fortemente por uma heteronormatividade dominante, de uma sociedade profundamente marcada por raízes patriarcais. Lembrando que segundo Gomes et al (1997), a masculinidade tóxica é estimulada pelo neoliberalismo, onde são criados mecanismos de exploração e utilização da mulher como objeto. Em síntese, a masculinidade tóxica se refere às características que a sociedade tende a atribuir de maneira estereotipada ao sexo masculino, de modo que essas características dizem respeito a aspectos negativos e nocivos, praticados de forma que afetam tanto os homens e suas particularidades, bem como às pessoas que estão envolvidas na disseminação dessas características.

O último exemplo, Barbiel de 55 anos, também um genitor, segue a linha do pensamento dos entrevistados citados. No caso, a mãe não tem condição de cuidar sozinha, tendo em vista os “problemas dos nervos” e também porque ela não consegue

conter o filho na crise. O sentido da masculinidade para o entrevistado gira em torno de a responsabilidade maior ser do homem em trabalhar para subsidiar todas as necessidades dos membros da família.

Nesse sentido, a masculinidade do cuidado também poderia servir para denominar aqueles que se compromete com o cuidado, nem melhor ou pior que as cuidadoras mulheres. Mas como aqueles que estão dispostos ao exercício desse ato.

Às vezes a mulher tem aquele costume, ela cuida bem. Mas às vezes o homem cuida melhor que a mulher... Depende. O carinho e quando você é jeitoso, ela é mais jeitosa pro mantimento, pro dia-a-dia, mas tem homem que se dedica isso. A mulher fica em primeiro lugar, agora o homem se ele se dedicar faz parecido com ela, parecido não... Porque é diferente. Tem que ter o gosto pra cuidar. (ANSIEL, 38 anos)

Quando Ansiel nos fala do querer e da dedicação, podemos lembrar-nos da classificação das técnicas do corpo em relação ao rendimento, feita por Marcel Mauss, onde a destreza ou habilidade é entendida como “a adaptação de seus movimentos bem coordenados a objetivos, que tem hábitos, que ‘sabem como fazer’.” (MAUSS, 1994, p. 410). Em outras palavras há o domínio da técnica. Nesse sentido, o cuidado não pode ser visto como algo de ordem natural ao universo de mulheres. A receita para cuidado, criada a partir de técnicas tradicionais desenhadas para o corpo das mulheres, não pode, nesse sentido, servir de padrão.

Constatamos ao longo das manhãs e tardes com esses cuidadores que suas masculinidades são moldadas pela necessidade de cuidar de si e do outro. Em suas multiplicidades de realidades e contextos, há uma tentativa, até mesmo daqueles que se mostraram em alguns momentos reproduzindo pensamentos machistas, a preocupação em se reconstruir com o intuito maior de cumprir a responsabilidade do cuidado. Os conflitos pessoais giram em torno da tentativa de conciliar os diferentes papéis que são pensados para eles: a pessoa que recebe cuidado quer atenção; o ego daqueles em idade laborativa se questiona pela impossibilidade de exercer atividade remunerada; as subjetividades são armazenadas em locais mudos e muitas vezes, as angústias são silenciadas. Há nesse sentido uma constante, marcada por difícil conciliação do “ser homem” e “ser cuidador”. Mesmo o cuidado entendido, por vezes, como um dever ou algo do qual não se pode fugir. Nas entrelinhas das falas, percebe-se como o cuidado também pode ser visto e vivido como um ultimato, uma barreira. No caso dos homens,

como uma barreira pra viver a completude do universo masculino que tradicionalmente criamos desde muito cedo.

3.4 A PERFORMATIVIDADE DOS HOMENS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

No universo do senso comum e baseado no modelo de masculinidade hegemônica, podemos entender que em alguns processos de socialização, os homens são criados com frase “engole o choro” ecoando em suas cabeças. Ou ainda, como afirma Kimmell (1994), por outros enunciados que sintetizam a ideologia masculina hegemônica: 1) “Não seja mariquinha; 2) “Esteja sempre por cima”; 3) “Seja durão; 4) “Menino não chora”; 5) “Não amoleça para ninguém”.

Os estudos sobre masculinidade ganharam espaço justamente pelo questionamento do modelo hegemônico. É nesse sentido que se pretende nesta seção, discorrer sobre as performances e a performatividade desempenhada por nossos cuidadores. Partindo dos enunciados sintetizados por Kimmell (1994), vamos segmentar nossa análise por meio de trechos das entrevistas que representam como os papéis tradicionais esperados para os homens, representados pelos enunciados de cada segmento, *são contrastados a partir das vivências de cada um dos nossos sujeitos*. Nossos entrevistados choram, nem sempre são os provedores financeiros do lar, homens cuidam de mulheres, inclusive da higiene. A força física não é tida como vantagem no processo de cuidado, afinal, a pessoa com transtorno mental exige mais do que força física para efetivamente conseguir o controle da crise.

Como afirma Butler (2001) “[...] a performatividade deve ser compreendida não como um "ato" singular ou deliberado, mas, ao invés disso, como a prática reiterativa e citacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (p.111). Desse modo, os atos não são mecânicos ou estáticos. Nesse sentido, os discursos e a linguagem devem ser levados em conta para acompanharmos a construção dessas masculinidades em contextos, nos quais o discurso predominante pode ser diferente em cada realidade. A performance como “contingência radical” (Butler, 2003, p. 196), deve ser entendida segundo, Rodrigues (2012, p. 151) como algo que se contrapõe “em relação ao gênero e ao sexo, para uma desnaturalização e para o caráter de fabricação de toda identidade sexual”. Nesse sentido, os homens aqui pesquisados, atuam por meio da prática

cotidiana do cuidado de forma que criam suas identidades sexuais e moldam o gênero de acordo com sua realidade.

Para Butler (2003, p. 195):

Se a verdade interna do gênero é uma fabricação, e se o gênero verdadeiro é uma fantasia instituída e inscrita sobre a superfície dos corpos, então parece que os gêneros não podem ser nem verdadeiros nem falsos, mas somente produzidos como efeitos de verdade de um discurso sobre a identidade primária e estável.

Desse modo, a constante tensão vista nos homens, que mesmo ao desempenharem ações que os coloquem em contraponto ao modelo hegemônico de masculinidade, entendemos que os desvios são performatizados de forma que sempre vai existir comparação com o “normal” / “natural”. Afinal, o discurso predominante para determinar a identidade primária, no caso da masculinidade hegemônica, vai servir de base para os desviantes. Este, entendido aqui como todos aqueles que possuem características que não os enquadrem no modo tradicional de ser homem.

O jogo dos subtítulos aqui elencados, parte da ironia de encontramos em nosso campo de pesquisa, toda a contingência radical das práticas de cuidadores que mantém sua heterossexualidade, entendem sua masculinidade, mas nem sempre se enquadram nos estereótipos comuns para descrever a masculinidade hegemônica.

3.4.1 Homens não choram

O modelo hegemônico esperado do ser homem, na realidade vivida, se esbarra em pontos como “seja pai” ou “honre seus pais” (no caso de irmãos cuidadores que moralmente se responsabilizam pelo cuidado). Desse modo, o modelo de pai forte e capaz é aquele que “segura às pontas”. Em campo, pelo menos 03 (três) genitores e 02 (dois) irmãos foram às lágrimas. No rol de diálogo sobre emoções, um dos pais alega que:

Eu choro, já chorei muito de ver ele nessa situação, mas faço de tudo pra não chorar na frente dele, não porque homem não chora, homem chora... mas é assim: se eu sou o escape de força que ele encontra, eu não queria mostrar uma fraqueza. Tenho até medo de mostrar esse lado fraco e ele tomar conta de mim, e quando eu tiver preocupado ele vier com mais forças, aí eu faço assim. (BARBIEL, 55 anos)

Percebemos o controle das emoções como algo que reflete sobre as representações externas do “ser homem”, tendo em vista que se expor é algo que facilmente pode ser questionado pela reflexão “o que os outros vão pensar”. Sobretudo, controlar emoções é também uma forma de autoproteção, mostrar as fraquezas para o filho com transtorno mental pode ser uma forma de abrir espaço para que eles aproveitem as fragilidades e usem isso contra o próprio cuidador, por exemplo.

O abalo e controle são face de duas situações: a situação moral enquanto homem provedor que não pode falar e o questionamento sobre as “falhas” enquanto pai. Sobre isso Melman (2008, p. 32) expõe que:

O adoecimento mental de um filho abala, frequentemente de forma intensa, a autoestima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos.

Berenice Bento sintetiza bem a bolha de sentimentos na qual muitos homens se percebem envolvidos, afinal “a masculinidade torna-se uma eterna busca para se demonstrar sua conquista, para provar aos outros o impossível de se provar. O homem tem medo de assumir inseguranças e dúvidas porque, se o fizer, pode ser julgado como sendo um fraco.” (BENTO, 2015, p. 49).

No universo analisado, os homens entendem que precisam criar uma imagem forte e respeitável, mas admitem que não é fácil. O choro muitas vezes funciona como a válvula de escape de outro estereótipo forte: não falar dos sentimentos.

A maior parte dos rapazes internaliza essa norma social e adota maneiras e interesses masculinos, tendo como custo, frequentemente, a repressão dos seus sentimentos. Esforçar-se de forma demasiadamente árdua para corresponder à norma masculina pode levar à violência ou à crise pessoal e a dificuldades nas relações com as mulheres (CONNELL, 1995, p. 190).

O choro desse homem, que precisa ser forte e resiliente, funciona como algo para não ser público. O homem chora. O cuidador chora. As tensões internas são constantes, mas no geral, os sujeitos entrevistados admitem que é humano sentir. As exigências do cuidado não são fáceis. O adoecimento do cuidador não é algo impossível. Nesse sentido, mais uma vez, as masculinidades percebidas são inseguras com relação ao modelo dominante. Aos que admitiram o choro, ecoava, de forma subliminar a frase “eu choro, mas não deveria”. As tensões vividas entre o modelo masculino que se espera e o

modelo de masculinidade vivido, são diárias e absorvidas de forma conflitante por esses homens.

Quando Butler (2003), nos fala de performance, ela não pretende dissociar o sexo de gênero. Pensar o gênero como construção cultural/social e entender as possibilidades do mesmo, é também definir que não há características apenas femininas ou apenas masculinas. Há discursos que se consolidam e determinam formas de agir. A masculinidade enquanto prática social vem se performatizando através de novos discursos que demonstram a tênue linha da desconstrução.

3.4.2 Falar é bobagem

Quando questionado sobre diálogo, os cuidadores podem ser divididos entre aqueles que não conversam e aqueles que recebem o apoio da família:

Não converso com ninguém. Assim... lá em casa tem muita árvore, como não tô indo pro serviço, boto uma cadeira lá por volta de 4h e 5h da manhã e converso com o tempo... Eu me libero dos problemas, dos estresses. Eu sempre fiz isso, sempre fui essa pessoa dessa forma aqui, vamos supor 12h da noite quando tá todo mundo dormindo eu levanto, converso comigo mesmo, me perguntar onde tô errando, pensar, buscar discernimento, conversar com esse Deus que eu tanto acredito. Então eu faço isso, até no serviço eu tiro o tempinho pra mim, pra pensar... (BARBIEL, 55 anos)

Converso sobre o dia-a-dia com o pessoal do meu trabalho... Nesse período que ela passou internada era eu que tava direto, eu tive que tirar licença e juntei com as férias pra cuidar dela, voltei trabalhar semana passada, passei 45 dias. (AMITIEL, 36 anos)

A gente não tem amigo né? A gente tem colega, aí sempre tem um chegado, sempre tem um colega meu que converso. Aí dar pra desabafar com ele. (ARAQUIEL, 52 anos)

Eu não falo com ninguém... Eu conheço as pessoas daqui, mas no dia a dia, não tem com quem conversar. (ARIEL, 53 anos)

Há ainda aqueles que percebem os espaços criados nas instituições como momento de compartilhamento das angústias e o momento de fala desses cuidadores:

Eu lido muito com assistente social, eu lhe digo é a classe de gente que mais tem ajudado... Aqui tem a assistente social, a pessoa que eu mais me afirmo com ela... Uma joia de gente, e eu gosto de conversar com ela. Eu nunca vi uma classe de gente que sabe lidar tanto com a gente, quanto assistente social. Eu venho pra reunião com família e olha é muito difícil eu faltar na reunião. Eu gosto assim porque tem o momento que eu preciso conversar minhas coisas e elas me entendem. A minha esposa sempre vem, vem os 3. Ela vem também pra reunião da família, vem 6 ou 8 e só eu de homem, por isso tô te falando, às vezes fico meio assim, constrangido porque tanta mulher e só eu de homem... Toda vez, dia de quarta só eu. Se o CAPS chamasse mais pais, iria mudar muita coisa ia ser melhor, independente se eles têm a disponibilidade sim ou não, ia ser bom se dessem um jeito dele se aproximar, ia ser bom. A maioria das mulheres aqui são só elas. (HARIEL, 65 anos)

Na reunião com família é sempre pro entrosamento da família, contar o andamento de cada um, contar as vantagens e desvantagens daqui. Eu vejo mais mulheres do que homens acho que o quadro de homem está em extinção. (ARAQUIEL, 52 anos)

Na reunião tem poucos homens, às vezes só tem mulher, a maioria. Às vezes aparecem uns três cuidadores. Seria legal um grupo com homens, mas aí a gente fica na da gente. Só fala mesmo quando é necessário... Seria bom dividir as coisas. (ARIEL, 53 anos)

Culturalmente, os homens são ensinados a não falar sobre sentimentos. Quando os cuidadores se sentem isolados nas reuniões de família, ou sentem que não tem o espaço de fala naquela situação, é possível questionar o quanto os serviços incorporam esses estereótipos. Que medidas as instituições estão tomando para atrair esse cuidador? Nas aproximações com o campo e os coordenadores das instituições, foi mais fácil perceber a naturalização do “quase não tem homem cuidador”, do que perceber estratégias para incorpora-los ao serviço. Como falar de equidade e compartilhamento de atividades entre homens e mulheres, se não criamos espaço para isso?

Em uma das falas, um cuidador disse “acho que os homens estão em extinção”. Se os próprios homens enxergam dessa forma, não é estranha a percepção das mulheres ao analisarem a ausência dos mesmos. Muitos cuidadores entendem essa limitação como fruto de preconceitos e machismos. Mas também entendem que tais questões não encontram espaço no universo do cuidado

De vez em quando eu venho nas reuniões, já vim já. Não tem muitos homens não. Tem, mas não é muito. Às vezes tem preconceito, tem homem que acha que é machão e aí na família tem mulher e acha que não precisa fazer. Tem umas coisas na cabeça, mas isso não existe não se fosse por isso no restaurante não tinha cozinheiro homem e tudo. Toda profissão tem, mas é porque tem gente diferente do outro. (ANSIEL, 38 anos)

Eu acredito no machismo e muito... Se mais homens ajudasse ia facilitar pras mulheres. (HARIEL. 65 anos)

Acredito que seja pelo fato cultural, as pessoas deixarem esse tipo de atribuição e trabalho, pro horizonte feminino, coisa de machismo. (HEMAN, 66 anos)

Diante do exposto, não podemos esquecer que as ausências não são apenas fruto da falta de espaço. Há um marcador forte do modelo tradicional de masculinidade, que está imbricado socialmente nos discursos hegemônicos. Destaco o caso do cuidador que participa de um Serviço de Convivência no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do bairro, onde é disponibilizado cursos, inclusive de bordado:

Vou pro CRAS, lá no momento parou, está com um tempo que parou porque não tem professor, até se mudou o CRAS. A mulher do CRAS é muito legal, tudo que tem ela liga pra mim. Já fiz coisa lá, tem umas coisinhas lá, a gente faz uns arranjos de lata, de litro, a gente enfeita de uma maneira que fica bem floridozinho. Aprendi fazer cadeira da cozinha, tudo eu aprendi lá. Aí a menina pergunta: Você quer bordar, aí eu digo bordar não... Eu já sei fazer tarrafa, só isso aí já é um divertimento pra mim. Não bordar não é preconceito, alias pode ser, talvez seja mesmo. (ANAEL, 77 anos)

Os homens entrevistados performatizam por meio de um processo de ressignificação do eu. Entre o que eles acreditam e o que é preciso fazer. No geral, os pesquisados se enquadram no que seria denominado por Bento (2015), como “masculinidade crítica”, sendo aquela que não se adequa ao modelo hegemônico. O aprender a cuidar no dia-a-dia, as ações e descobertas por eles empreitadas se constituem como espaço de reprodução das suas práticas de cuidado, que são mediadas por atos não repetidos e que constituem um novo modo de ser.

O comum, ou o esperado é que o homem não seja a figura falante. No geral, os cuidadores de pessoas com transtornos mentais vivenciam episódios inesperados, fruto de alucinações e delírios. Situações inusitadas que precisam ser compartilhadas a fim de, muitas vezes, aprender a lidar com a situação.

Na realidade dos sujeitos pesquisados, os homens falam e falam muito. As entrevistas realizadas, salvo exceção de duas situações, foram ricas e extensas. Partindo desse pressuposto, não esperava, por exemplo, narrativas com duração de quase 1 hora. Há assuntos a serem compartilhados, falta, em alguns casos, oportunidade e interação para que esses sujeitos se sintam pertencentes aos espaços institucionais de cuidado. Os homens falam, choram e a realidade aqui visitada demonstra que precisamos inserir essas falas nas discussões. Os serviços podem se adequar aos novos protagonistas do cuidado. As dificuldades do cuidado, entre muitas que foram mencionadas ao longo dessa pesquisa, poderiam, inclusive, ser superadas.

3.4.3 Seja durão

Força, liderança e agressividade são palavras comuns no enredo do discurso do que se espera do universo masculino. Quando pensamos em pais cuidadores, cria-se a ideia de que a imagem de pai dentro família, por si só, seja justificativa para colocá-lo em uma posição de respeito. No caso dos transtornos mentais e as sucessivas crises sofridas pelos usuários, é normal a ideia de que o homem possa conseguir conter a situação de forma mais satisfatória, tendo em vista a condição física.

“Ser durão”, nesse caso, seria consequência comum de um homem que não pode chorar ou não pode falar de angústias. No universo pesquisado, dada a particularidade da situação, afinal estamos falando de pessoas com transtornos mentais diversos, desde casos crônicos até casos de depressão. Verificamos em todos os casos, mesmo naqueles que citam a força física como algo que auxilia na crise, que a força ou a agressividade não é artifício que os coloquem em situação de privilégio. A persuasão, o jeitinho, a conversa se apresentaram como ação eficaz no dia-a-dia do cuidado.

Ter força física não muda muita coisa não, porque o negócio é jeito, não é força não...Conversa, fazer carinho pra ele, porque se for na agressividade com ele é mais ruim. Tem que fazer o impossível com ele, carinhar ele, conversar com ele. Tem hora que chamo pra banhar e ele não vai, ai eu digo vem que eu te banho... Aí tudo é na conversa. (ANSIEL, 38 anos)

Eu que contendo ela na crise, você acredite... Tudo enquanto é eu. Só se eu não puder... Ser homem facilita na hora da crise. Minha mulher não

consegue, porque quando ela tá demais nem eu não contenho. Não ela não tem medo de mim... (HARIEL, 65 anos)

Vai depender de cada caso, facilita ser o homem pra levar pro médico, mas já levei tanta porrada, até mesmo no caso da mamãe ela cuidava dela, mas tinha medo dela até mesmo porque ela passava pouco tempo, tomava o remédio e já passava o efeito. (BARIEL, 57 anos).

Outra particularidade, diz respeito ainda à faixa etária dos pesquisados. Nesse sentido, independentemente de serem homens, esses cuidadores são homens envelhecidos e com condição de saúde comprometida, em alguns casos.

Com relação ao emprego da força física, vimos um deslocamento desse estereótipo, entretanto, o lugar da mulher ainda permanece no senso comum para muitos cuidadores. “Ser durão”, no caso dos cuidadores, não diz respeito à questão física, mas ao poder de ser respeitado e desse modo, difícil de ser convencido do contrário. O homem funciona como aquele que impõe as regras. Destaco o caso do cuidador, que afirma que a mulher é mais fácil de ser manipulada, enquanto ele se mantém com uma postura mais estável. É interessante perceber que mesmo com esse posicionamento, por várias vezes, ele ressalta que essa é uma realidade dele e que não generalizar esse pensamento.

Depende do caso, no meu caso específico, não é bom... Mas foi bom eu ter tomado essa diretriz, devido o respeito, não é o medo. É o respeito. Quando eles estão em crise, ele não tem medo de ninguém. Mas tem lá no Q.I dele um respeito, e nessa hora eu acho que é muito melhor o homem tomar a frente, quer dizer o pai, tomar a dianteira desse trabalho. Na hora da crise é complicado. A mulher em si não contém, ela não tem como. Eu tô dizendo assim, eu não quero generalizar, mas aqui no meu caso eu acho que é por conta do dia-a-dia, do contato. Ele sabe como a mãe funciona, ele sabe o que a mãe faz, deixa de fazer, perde um pouco da autoridade. De dizer faça e ele vai fazer. Acho que por trás disso acho que eles se escondem muito e leva a doença, forçando. Forçando assim, só tá ela lá e ele decidi “eu vou dizer que tô entrando em crise”. E quando eu chego, eu digo você não tem nada. Você vá fazer isso, vá tomar banho. Eles usam a doença, particularmente enquanto pai, na situação do meu filho, eu vejo esse lado. Que quando ele está só com ela e ela é mais frágil... E também ela se altera fácil, são coisas assim, que acho que é do dia-a-dia. (BARBIEL, 55 anos).

Ser durão, nesse sentido, nem sempre diz respeito à força física, mas a forma de imposição. Entretanto, relatos que confirmam essa ideia não foram hegemônicos.

Percebe-se que nenhuns dos entrevistados se enquadram genuinamente no modelo tradicional de masculinidade, mas muitos deles transitam e contemplam em um mesmo modo de ser, características de transição: de um modelo tradicional para um modelo crítico de muitos aspectos da masculinidade percebida como “padrão”.

3.4.4 Homem tem que botar comida em casa

Ao longo do roteiro de perguntas pré-estabelecido, finalizamos com a pergunta “o que mais você queria me dizer enquanto cuidador que não recebe para tal função e talvez eu não tenha perguntado?”. Nesse espaço, os relatos se delinearão como uma espécie de avaliação geral do serviço. Entre aspectos positivos sobre a importância da instituição enquanto equipamento de suporte no auxílio do cuidado houve também duras críticas com relação à falta de medicação. Essas que são, no geral, de valor elevado. É nesse aspecto que recai o sentimento de incompetência por não conseguir subsidiar a medicação, ou ainda a sensação de angústia pela impossibilidade prover financeiramente a família, pela falta de trabalho.

Bom, aí é onde entra o que vai me faltar agora: a grana. Porque a gente mora longe, apesar de que toda vez que a gente liga, demora, mas chega o SAMU. Agora minha dificuldade é essa, eu tenho que ter dinheiro pra pegar um táxi pra trazer ele o mais rápido possível, olha agora mesmo lá no Areolino, eles me entregaram ele em crise. Aqui não tinha vaga, lá a doutora disse que lá ele não poderia ficar porque o quadro dele não era pra ficar lá. Ai ela disse você leva ele assim, se ele piorar, você trás ele de novo. Minha dificuldade é essa, financeira, de nesse momento tá andando com ele. Os remédios, quando falta aqui, eu tenho que comprar de qualquer jeito, seja tomando emprestado. Eu tenho q comprar, e aqui falta muito. Não digo só aqui, mas em todos os CAPS. Eu comprei um depaken por 50 e pouco, uma caixa. Se ela bota duas ou três... Então minha dificuldade maior é essa. Aí o povo fala, o CAPS é do município e fornece, mas não é suficiente. (BARBIEL, 55 anos)

Barbiel havia perdido recentemente o emprego, alegando que precisava faltar muito para acompanhar o filho e a empresa não compreendia. O genitor, que ainda estava recebendo seguro-desemprego, se emocionou ao falar da incerteza de como será a situação em casa. A esposa também é desempregada. Ele além de provedor é o principal cuidador do filho. A relação de impotência e diminuição da masculinidade foi

verificada, nesse aspecto correlacionado ao trabalho remunerado, como algo presente no discurso dos cuidadores com relatos desconstruídos da masculinidade tradicional e até mesmo naqueles que algum momento reproduziu algum aspecto relacionado ao padrão de heteronormatividade.

A perda do emprego, portanto, provocaria a sensação de diminuição da masculinidade. Essa sensação seria percebida não só pelo próprio homem, mas também por sua companheira e filhos. Existem estudos que indicam que o desemprego é uma das causas da violência doméstica e do alcoolismo (HARDY e JIMENEZ, 2001, p.81).

Diferente dos autônomos ou dos cuidadores empregados em empresas privadas. Destaco o relato de Amitiel, que é funcionário público e alega que consegue lidar com as duas funções.

O meu trabalho por ser público facilita, porque é meu direito, se fosse empresa particular... Já trabalhei em empresa particular e tinha muita dificuldade, principalmente de manhã... Eles não ajudavam... No caso tentava arrumar tudo pra tarde, a consulta, às vezes eu faltava, às vezes me atrasava e sempre ouvia uma piada aqui e acolá... Diziam assim “aqui não é o estado não, aqui tu não trabalha de tarde não”, é muito difícil.

Mesmo Amitiel, atualmente conseguindo conciliar, ela afirma que a maior dificuldade diz respeito à impossibilidade de um segundo emprego ou algo em outra cidade. O cuidador relatou que já deixou de aceitar empregos em outra cidade, pensando em não prejudicar a rotina da irmã.

Como eu te falo você cuidar de uma pessoa assim é abdicar de muitas coisas mesmo... Questão de oportunidade melhor de emprego... De não poder trabalhar o dia todo, porque eu sempre tenho que tirar um tempo pra está em casa. Ai nesse período da tarde é o melhor pra cuidar dela. (AMITIEL, 36 anos)

Com relação ao trabalho autônomo, a facilidade de conciliar os horários são maiores. Diferente de alguns cuidadores que não conseguem nem viajar por conta da necessidade de desempenhar o cuidado, Araquiel, que é mototaxista, diz que a rotina dele é trabalhar muito e cuidar do irmão. Foi interessante a forma como ele falou do trabalho, ele funciona como uma atividade 100% pensada no bem estar do irmão.

Minha rotina é essa, trabalho, botar as coisas dentro de casa e ter o tempo pra ele, pra ficar em casa conversando e pra diversão, pra sair com ele. (ARAQUIEL, 52 anos).

Como afirma Nolasco, “O trabalho – que para os homens não está ligado à escolha e sim a fatalidade - está misturado à afetividade e sexualidade masculina e, junto com elas, formam a tripé da masculinidade” (NOLASCO, 1993, p. 70). Como materialização desse aspecto, trago a fala de Amitiel.

O homem seja paciente, mas eu sou paciente... Até demais. Mas assim, são poucos. Aqui mesmo são poucos homens, aqui só tem um pai que vejo muito. Só o único que vejo sempre. Eu acho que o homem nesse termo, na questão de cuidar, não tem jeito porque eles se preocupam mais com dinheiro, em trabalhar... Não é discriminando, mas a maioria das mulheres que cuidam são donas de casa e tem mais tempo disponível... Já pro homem não.

A fatalidade da necessidade do exercício de atividade remunerada também é percebida na fala do irmão e cuidador, Bariel.

Eu até digo assim se a mulher faltar ou dizer assim olha não vai dá e tu vai fica ai com tua irmã aí, eu não vou ter condição de ficar com ela, eu sou homem e vou ter que trabalhar. O beneficio que ela recebe não vai dizer que dá pra eu me manter com ela não, porque um salario não dá manter sua vida porque assim as coisas estão caras e lá em casa tudo é eu, pra levar pro médico, internar é eu, até dá o remédio lá em casa é eu... Às vezes quando eu não estou a mulher que dá, más tudo é eu lá. (BARIEL, 57 anos)

Quando analisamos a importância do trabalho remunerado para esses cuidadores, percebe-se a dificuldade de conciliar as duas atividades. A situação complica ainda mais quando não há o apoio de outros sujeitos para o desempenho da função de cuidar. É certo que nem sempre há a flexibilidade para essa conciliação, surgindo assim, a sensação de incompletude por parte desses homens. Em mais um aspecto, o homem transita entre várias obrigações. Há, por parte de muitos, a sensação da incompletude. Ou do não enquadramento naquilo que eles foram “destinados ser”. Cuidar aparece como uma tarefa adquirida no meio do caminho, não como fatalidade, diferente do trabalho remunerado.

3.4.5 Homem não pode cuidar de mulher

O homem já é culturalmente a exceção no universo do cuidado. O homem cuidador de uma pessoa do sexo oposto, no caso, de pessoas do sexo feminino a situação é ainda mais difícil. Todos os cuidadores de mulheres alegaram desde certa dificuldade com relação à higiene e cuidados íntimos, até mesmo a impossibilidade da realização dos mesmos. Os pais, afirmaram que se for preciso, faria por ser uma necessidade, não uma escolha.

Ela não consegue fazer a higiene dela, não se cuida. Eu ajudo, não tenho problema. Só tem eu. A sobrinha ajuda, mas não em tudo. Ele não gosta de banhar, e é agressiva. Tem dia que não sei o que fazer. (BARAKIEL, 60 anos)

Já os cuidadores irmãos, abordaram essa questão como uma barreira difícil de superar. Chamo atenção para o relato de Bariel, que além de falar sobre a dificuldade de auxiliar na higiene, ainda menciona como as pessoas o enxergam enquanto cuidador:

Se você vive com uma mulher, nem que seja irmã, as pessoas vão comentar, vão falar. E tem gente que gosta de se importar com a vida alheia... Comentar assim: olha fulano mora sozinho com a irmã, será se ele não faz alguma coisa com ela, tem pessoas que pensam assim porque inclusive uma vez, a minha irmã tem um problema que é de dizer que o povo “mexeu com ela” e eu tava l e ela disse pra enfermeira “olha meu irmão mexeu comigo”. Aí eu fiquei assim, a mulher disse assim tu não vergonha, tua irmã... E eu disse minha senhora ela não tem juízo não, o que ela tá dizendo aí ela diz pra qualquer um... Até com meu menino lá em casa ela já disse que ele mexeu com ela. Aí quer dizer tem pessoas assim que não raciocinam. (BARIEL, 57 anos)

Concluimos que as dificuldades relatadas pelos cuidadores partem mais do olhar do outro, como “o que eles vão pensar”, do que propriamente a sua disposição para exercer as atividades tipicamente femininas. As performances de cuidado desses homens são realizadas no espaço incomum, a repressão dos que estão de fora, dão a esses homens a sensação de “fazer o proibido”.

O medo é compreensível, tendo em vista que a legislação brasileira, na Lei 2.848/40 do Código Penal (2009), versa sobre o estupro como um crime hediondo que apresenta a particularidade de que o mesmo possa ser praticada através de “violência

real” ou “presumida”, isto quando são contra menores de 14 anos, pessoas com transtornos mentais ou contra pessoas que não podem oferecer resistência ou expressar sua vontade. Sendo o crime agravado, como consta no art. 214, de um sexto a um terço, no caso de pessoa com transtorno mental.

A falta de conhecimento do homem sobre o corpo feminino, também funciona como barreira. De modo que, os pais se apresentam mais dispostos a fazer, justamente pelo lugar que ocupam: o cuidado paterno. Já os irmãos, se encontram na encruzilhada de serem incompreendidos ou mal vistos pelos outros. Um dos entrevistados relatou que “não faria de jeito nenhum”. Criado apenas entre irmãs do sexo feminino, Ariel, demonstrou que foi ensinado pelos pais que era “errado” irmão ver a irmã pelada. Inclusive, este demonstrou repulsa quando mencionei casos de pais ou irmãos que faziam a higiene de filhas ou irmãs. O fato de sua criação ter sido em uma casa com muitas mulheres, tenha sido um aspecto definidor da forma como foi socializado.

As disposições para realização das tarefas de cuidados higiênicos demonstram o desconhecimento do corpo feminino por parte dos homens e, subliminarmente, a objetificação do mesmo. O irmão que relata sobre o acompanhamento da irmã a ginecologista, também é o mesmo que diz aprender comprar absorventes femininos. Nesse sentindo, mais uma vez a necessidade de se fazer, molda um novo olhar ao masculino.

As práticas do cuidado exigidas nesses casos, não são fáceis, não apenas pelo desconhecimento desses corpos opostos, mas porque barreiras culturais, geralmente, criadas no processo de socialização das crianças se reproduzem na vida adulta. Na realidade explorada ao longo dessa pesquisa, nos deparamos, em maior parte com barreiras criadas por questões culturais e sociais, do que, por questões pessoais ou de ego dos cuidadores. Aspecto que foi mais visível na fala dos irmãos, que de certo modo, estão em uma relação de menos troca do que os pais. Afinal, o pai é também uma das figuras principais quando se pensa nas responsabilidades familiares.

Nesse sentindo, incluir e ampliar as discussões de gênero e cuidado são pontos essenciais para construção de uma ética de cuidado igualitária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Olhemos com atenção para o mundo dos meninos e não levará muito tempo para percebermos que ser homem é vencer três nãos: não ser mulher, não ser gay e não ser criança. Um duro caminho para conquistar a masculinidade deve ser construído".

Helena Barbosa Santos

Para Bosi e Guerriero (2016), a complexidade e multidimensionalidade dos estudos em saúde mental, exigem mais intenso componente humano e domínio dos estudos qualitativos para o desenvolvimento das mesmas. Completo sua reflexão, ao afirmar que incluir a temática de gênero, tão multidimensional quanto à área de saúde mental, exige o dobro desse envolvimento.

Como afirma Ayres (2009, p.84), “nunca [...] mesmo estando na condição de profissionais [pesquisadores], nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos”. Quando essa realidade diz respeito à produção de conhecimento, a partir da coleta de dados, nossa intervenção vai além de ouvir para transcrever palavras posteriormente. Nosso comprometimento e responsabilidade devem superar as condições do saber-poder, e nossa escuta deve ser atenciosa e acolhedora. De tanto falar em vozes neste trabalho, ressalto que para fazer jus à reprodução delas, foi preciso aguçar diariamente a ética ao ouvir. Produzir o novo nos concerne certa autonomia, e é nessa dinâmica que inicio minha conclusão ressaltando que a realização de uma pesquisa, não se faz no vazio, desse modo, estudar o cuidado no viés do gênero e a discussão de masculinidade, foi, após um balanço geral, uma decisão acertada diante das reflexões que essas categorias proporcionaram.

Procuramos, com esse trabalho, discutir os sentidos de masculinidades percebidos por cuidadores homens de pessoas com transtornos mentais nos espaços domésticos, tendo por objetivos específicos, identificar as práticas de cuidado realizadas por homens cuidadores de pessoa com transtorno mental em espaços domésticos; identificar os sentidos de masculinidades vivenciados pelos cuidadores homens em espaços domésticos junto à pessoa com transtorno mental e analisar como as performances de masculinidades são vivenciadas por homens cuidadores de pessoa com transtorno mental na família. A partir do conhecimento e observação “final” dos objetivos, podemos concluir que esta proposta de pesquisa é baseada na intenção de se discutir gênero na perspectiva do cuidado em saúde mental por meio das especificidades

das masculinidades e das práticas de cuidado experimentadas por cuidadores homens. O uso da palavra experimentada faz sentido quando recorremos às realidades conhecidas ao longo da pesquisa, o dia-a-dia dos cuidadores não são baseados em rotinas, todo dia é um novo começo e ao depender da pessoa cuidada, exige-se assim todo dia um “novo cuidador”.

Nesse horizonte, os resultados da pesquisa encontram-se distribuídos em quatro (04) partes. A primeira intitulada “Quem cuida de quem? perfil dos cuidadores: masculinidade, cuidado e geração” foca nos principais aspectos sociodemográficos dos cuidadores, de modo que capturamos nessa análise sociodemográfica o recorte geracional para iniciar nossa análise do cuidado, tendo em vista, que o perfil dos cuidadores, determina assim uma realidade diferente do cuidar. Com destaque nesse segmento das questões geracionais que envolvem as relações de cuidado, entretanto, mais do que isso, no atual contexto em que vivemos, fica o questionamento de pensar quem são os cuidadores do futuro. No escopo analisado, os pais de idade mais avançadas se apresentavam em condição de aposentadoria, o que isenta de certo modo, a exigência e importância do trabalho para a figura masculina, que é historicamente associada à figura do provedor financeiro. Mais do que levantar os aspectos materiais/objetivos para desempenho da função. Não podemos esquecer ainda das exigências físicas e psicológicas que também devem ser postas em pauta, quando pensamos em quem e como será desempenhado o cuidado. A segunda parte “Sentidos do cuidado: a narrativa de homens cuidadores de pessoas com Transtorno Mental” trata da análise do material a partir das principais práticas relatadas pelos cuidadores, em busca de definir o conceito e o sentido, por eles entendido do que significa o cuidar. Nessa discussão, conceitualmente comuns nas falas, percebemos que mesmo o cuidado sendo entendido de formas parecidas, são vivenciados a partir de dinâmicas bem particulares. Na terceira parte apresentamos a “O homem que cuida: discutindo os sentidos de masculinidade”, nossa análise versa sobre as questões de gênero que atravessam a formação do “ser” masculino de cada um dos sujeitos, a partir do reconhecimento individual dos mesmos, nesse sentido há uma identificação pessoal ao universo por eles compreendido, como masculinidade. De modo que, nessa seção, partindo da realidade dos entrevistados percebemos o fogo cruzado na quais muitos cuidadores se encontram: responder ao que seja espera do universo masculino, ao passo que, necessitam prover o cuidado, naturalizado como universo alheio e pouco conciliável com a masculinidade hegemônica tradicional.

Na quarta seção, “performatividade dos homens cuidadores de pessoas com transtorno mental”, há uma subdivisão a partir de 06 (seis) frases naturalizantes do modo tradicional de masculinidade. Essas funcionam como ponto de partida, para demonstrarmos que na verdade, o modo tradicional não contempla todas as realidades. E nesse sentido, os homens por nos conhecidos, não se enquadram em modelos fixos. O cuidado exige performances, práticas e “jeitos”. A dupla quem cuida e quem recebe o cuidado, constitui-se de particularidades multiplicadas por dois, tudo é em dobro. O masculino quando convive com masculino resulta em trocas e reconfigurações de masculinidades. O feminino quando cuidado pelo masculino exige desconstruções e realinhamentos das práticas. A prática cotidiana do cuidado libera a melodia para que a performance de quem cuida seja criada.

A partir desta estrutura apresentada, partiremos para conclusões mais amplas, onde podemos destacar, diante dos objetivos postos, que a pesquisa empírica permitiu constatar que entre os cuidadores há um conceito próximo sobre o que eles entendem como cuidado, mesmo em suas falas apresentando pontos comuns, a dinâmica de cada cuidador varia, tendo em vista, principalmente a relação de proximidade e respeito entre ambos. No geral, as práticas cotidianas são construídas ao longo dos anos. Todos os cuidadores entrevistados desempenham esse cuidado há no mínimo 03 anos, e nesses há uma construção conjunta marcada por acordos e concessões de ambas as partes. Sendo essas figuras não tão recentes nos contextos institucionais pesquisados, fica o questionamento de como trabalhar a visibilidade dos mesmos nesses espaços. Afinal, o fato de se apresentarem em número reduzido, não nos impossibilita esse pensamento. Um dos pais entrevistados relatou que está desde a implantação do CAPS no território.

O perfil de masculinidade desses homens poderia ser definido em suas diversidades, como fruto das necessidades de cuidado. A masculinidade, mesmo que por muitos, entendida a partir do modelo tradicional, são ressignificadas no cotidiano. Assim, o cuidado, enquanto categoria percussora dos modos de cada um se comportar tende a naturalizar a premissa do “se precisar, eu faço”. Com relação ao entendimento desses cuidadores, da relação cuidado/mulher, não é unânime a afirmação que esse espaço é mais bem organizado por mulheres. Para eles, cuidar não é fácil, mas é algo que está mais relacionado com disposição e dedicação, do que simplesmente a responsabilização pelo sexo. Nesse aspecto, percebemos uma busca pelo reconhecimento dos provimentos de seus cuidados. Não apenas por parte da estrutura

institucional do CAPS, mas também nos locais sociais e geográficos que os mesmos ocupam em outros aspectos de suas vidas.

Acerca dos objetivos específicos, percebeu-se que as produções de cuidado desenvolvidas pelos sujeitos são pautadas na lógica da parentalidade e do dever moral de cuidar da família. O cuidado é percebido como complexo e exigente de uma dedicação quase exclusiva. As práticas de masculinidades são vividas dentro de uma forte pressão entre corresponder aos “papéis” socialmente exigidos de um modelo de masculinidade hegemônica e a abstinências causadas pela função de ser cuidador. Nesse sentido, há uma ausência tanto no campo trabalho, quanto no próprio senso comum da sociedade, em perceber que é necessária uma reorganização dos serviços para que as particularidades desses cuidadores sejam contempladas.

O conceito de gênero, em sua polissemia de significados não é problematizado nas falas dos cuidadores. Entretanto, menções ao machismo, desigualdade entre os sexos foram pontos abordados em algumas falas. Há para alguns, a vivência do preconceito, do sentimento de exceção nos espaços de cuidado, e não somente na realidade institucional dos CAPS. Nesse sentido ressaltamos ainda a não incorporação por partes dos serviços de saúde dessas questões. Nenhuma equipe ou profissional demonstraram ações que correspondem ao interesse de problematizar essa ausência e falta de acolhida aos homens cuidadores. Por vezes, fica perceptível que é mais simples naturalizar a ausências dos cuidadores, do que questionar essa realidade. A fala dos profissionais, em especial, das coordenações, que “vai ser difícil encontrar aqui” ou “seria mais fácil com mulheres” se mostraram como subsídio dessa reflexão.

Mesmo os homens apresentados estarem uma situação de “cuido porque não há outra possibilidade”, eles estão ali, postos diariamente a desafios aos quais muitos não foram orientados. Não há manual pronto para se cuidar de pessoas com transtornos mentais e todas as situações inesperadas que envolvem esse universo. Entretanto “ver” de fato o homem para além daquele que “aparece de vez em quando” ou daquele que “não fala nada na reunião”, é também uma forma de abrir espaço para reorientá-lo nesse espaço.

Por meio da revisão de literatura que versa sobre saúde mental e cuidado, constatou-se a carência de estudos que envolvem a discussão de masculinidade e cuidado, especialmente a discussão que envolve o cuidado nos espaços domésticos de pessoas com transtornos mentais, neste último caso, não há estudos sobre essa perspectiva. Deste modo, a pesquisa realizada só demonstra a necessidade de

incorporarmos essa nova perspectiva, inclusive para que a teoria seja disseminada e consumida na organização dos serviços de saúde, bem como dos profissionais que nele atuam.

Pesquisar sobre masculinidades diante das práticas cotidianas de cuidadores em saúde mental, envolve o comprometimento ético ao produzir essas páginas, mais do que a busca de um título acadêmico, a motivação em desbravar um campo desconhecido e por muitas vezes, problematizar questões não comuns, diz respeito ao fato de acreditar que a discussão seja necessária e substancialmente relevante para o atual momento em que vivemos: de discussão fervorosa sobre as questões de desigualdades de gênero.

Cabe ressaltar ainda que as conclusões e resultados dessa pesquisa não podem ser vistas como fixas, o campo é amplo e complexo. A análise exige mergulhos que não possui um campo tão diverso de fontes e referenciais a serem explorados. Nesse sentido, não podemos esquecer ainda as dificuldades, não somente as dificuldades dos serviços e dos profissionais, mas também do pesquisador. Os desafios são diversos, tanto pessoais, quanto a própria concretização da pesquisa, a morosidade dos comitês de ética em pesquisa, a dificuldade de acesso aos cuidadores, à abrangência geográfica dos CAPS que estão organizados em todos os bairros da capital. Entretanto, não posso esquecer que mesmo diante de tantas dificuldades, recebi por parte de muitos entrevistados o agradecimento por ouvi-los e a confiança na importância do projeto. Eles, enquanto meus protagonistas motivaram e motiva a continuidade do processo desafiador de incluir suas vozes junto à teoria que discorre a masculinidade.

Encerro essas páginas, com respostas e vivências que atendem aos meus objetivos. Entretanto, ao caminhar nessa estrada pouco explorada, tudo é novidade. O cuidado doméstico, enquanto atividade restrita ao lar, demanda atenções que não são discutidas no espaço público dos serviços. O usuário, foco da política de atenção em saúde mental, é visto em partes. A totalidade, que envolve a pessoa que cuida e o contexto que esta cuida, é assim percebida de forma fragmentada e não agrega todas as possibilidades de intervenção. A reunião com famílias, se continuar majoritariamente reunião de mulheres, sem que seja problematizada a ausência de outros cuidadores, irá reproduzir um modelo de cuidador sobrecarregado, e os papéis tradicionais familiares, mantidos.

Iniciei minha discussão, com Rupi Kaur, e decido finalizar retomando à mesma. No último capítulo de um livro de poemas, ela o define como “florescer”, e no processo de florescimento das nossas ideias, chamo novas pesquisadoras para pensar e refletir as

possíveis questões inexploradas que podem emergir desse trabalho. Afinal, “nosso trabalho deve preparar a próxima geração de mulheres para nos superar em todas as áreas, esse é o legado que vamos deixar” (KAUR, 2018, p. 241). O gênero, proporcionado pelo movimento feminista, nos deu um espaço desafiador e que não poderá nunca mais ser silenciado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Miguel Vale de. **Gênero, Masculinidade e Poder** Revendo um caso do Sul de Portugal. Anuário Antropológico, Portugal: 1996 p.161-190. Disponível em:< <http://miguelvaledalmeida.net/wp-content/uploads/2008/06/genero-masculinidade-e-poder.pdf>>. Acesso em: 18. Fev.18.
- ALVES, Ana Alexandra; RODRIGUES, Nuno Filipe. **Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental**. Rev. Port. Saúde Pública. 2010; 28(2): 127-131. Disponível em:< <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>>. Acesso em: 07. Jan.17.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O homem e a serpente. Outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____. **SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p
- AMARANTE, Paulo (org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: LAPS/ ENSP/ FIOCRUZ, 1998.
- AMATUZZI, M. **O resgate da fala autêntica: filosofia da psicoterapia e educação**. São Paulo: Papyrus, 1989.
- ANDRADE; Ana Paula Muller de; MALUF Sônia Weidner. **Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero**. Revista Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2017; 21(63): 811-21. Disponível em:< https://www.scielo.org/pdf/icse/2017_nahead/10.1590/1807-57622015.0760/pt>. Acesso em: 18. Fev.18.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: _____. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; UERJ/IMS; Abrasco, 2009 a. p.41-73. (Clássicos para integralidade em saúde).
- BATISTA, Cynthia Mara Felicio, Et al. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador**. Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (4): 359-69 Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em: 14. Out.17.
- BAHIA, Ligia. **Saúde: para onde vai a nova classe média**. In: BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS DEBATE. Brasília: CONASS, 2013. P.102-134. Disponível em:< http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/CONASS_Debate_N_1.pdf>. Acesso em: 11. Set. 2017.
- BENTO, Berenice. **Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas / Berenice Bento**. – 2. Ed. – Natal, RN: EDUFRN, 2015.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Desafios ético-metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis. . In: DIMENSTEIN, Magda (Org.). **Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais no nordeste brasileiro**: diagnóstico, estratégias de cuidado e suporte na rede de atenção primária e psicossocial. Natal: UFRN, Teresina: UFPI, FAPEPI, 2016.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. RJ: Ed.Bertrand Brasil SA. 1989.

BANCHER, Andrea de Meo. **MEDICINA PREVENTIVA NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE BRASILEIRO**: estudo das ações e programas existentes e das motivações para sua implantação. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2009. Disponível em:<
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2284/87060.pdf?sequence=2>>. Acesso em 12. Out. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 Out. 18.

BRASIL, **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (sus).

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Ano VI, nº 8, janeiro de 2011, **Saúde Mental em Dados.8**. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: 10 Out. 18.

BRASIL, **Lei 2.848**, de 7 de Dezembro de 1940.Codigo Penal. Disponível em:<
<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40#art-213>>. Acesso em: 07. Jun. 19

BUKOWITZ, Bruna; ZANELLO, Valeska. **Loucura e cultura**: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. Estudos feministas, janeiro /junho 2012. Disponível em:<
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/3/ARTIGO_LoucuraCulturaEscuta.pdf
>. Acesso em: 10. Out. 18.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”, in: LOPES LOURO, Guacira (org.). **O corpo educado**. Pedagogias da sexualidade, Belo Horizonte: Autêntica, 1999:151-172.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. Criticamente subversiva. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. **Sexualidades transgressoras. Una antología de estudios queer.** Barcelona: Icaria editorial, 2002, p. 55 a 81.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. P. 110-125.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO:** ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5): 611-4. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 26. Fev.2018.

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, 2015.

CARLOTO, Cássia Maria. Programa Bolsa Família, cuidados e o uso do tempo das mulheres. In: CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, 2015.

CECCHETO, Fátima Regina. **Violência e estilos de masculinidade.** Violência, Cultura e Poder. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2004, 245p.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2014.

CONNEL, Robert W. **Políticas de Masculinidade. Educação e Realidade.** N.20, V.2, Jul/Dez, 1995.

CONNELL, Robert W; MESSERSCHMIDT, James W. **Masculinidade hegemônica:** repensando o conceito. Estudos Feministas, Florianópolis, 21(1): 424 janeiro-abril/2013.

CONNELL, Raewyn. **Gênero em termos reais.** São Paulo: nVersos, 2016.

CONNELL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. **Gênero: uma perspectiva global.** São Paulo: nVersos, 2015.

COELHO, Juliana Sousa; GIACOMIN, Karla C.; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem.** Saúde soc.[online]. 2016, vol.25, n.2, pp.408-421. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>.

DAMAMME, Aurélie. O cuidado em suas temporalidades e seus atores na França. In: ABREU, Aline Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa. **Gênero e Trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DAMATTA, Roberto. **A casa & a rua**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In BARROS, M.M. L. de (org.) **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: FGV, 1998. (p. 49-67)

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DELPHY, Cristine. Patriarcado. In: HIRATA, Helena et al. (Orgs). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. da UNESP, 2009.

DERRIDA, J. Margens da filosofia (J. Torres Costa, trad.). Campinas, SP: Papyrus, 1991.

DOLL, J. (2011). Luto e viuvez na velhice. In: Freitas, E.V. & Py, L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 1335-1349. (3a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

ENGEL, Cíntia; PEREIRA, Bruna C. J. **A organização social do trabalho doméstico e de cuidado**: considerações sobre gênero e raça. Revista Punto Género Nº 5. Noviembre de 2015. ISSN 0719-0417 / 4-24. Disponível em:< file:///C:/Users/danii/Desktop/leituras/37658-1-129693-1-10-20151117.pdf>. Acesso em: 20. Fev.18.

FIRPO et al. **Para defender o SUS e sua integralidade**: desafios para a Vigilância e a Promoção da Saúde. Ensaios e diálogos. Disponível em:< https://abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_1_Pag-24-a-33.pdf >. Acesso em: 10. Jan. 2017.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica**: as sete vidas da agenda pública. Ver. Estudos de sociologia. V.1, N. 18, 2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em 10. 01. Jan.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1987.

_____. **A ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. Loucura, literatura, sociedade. In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.232-258. 2006.

_____. **Vigiar e Punir**: Nascimento da Prisão. 38ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

GAMA, Andrea de Sousa. **Trabalho, Família e Gênero**: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil. São Paulo: Cortez, 2014.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. *Sociologia*. 4 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

GILLIGAN, C. C. **Joining the Resistance**. Cambridge: Polity Press, 2011.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010. Disponível em:<
<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1497-1508/pt>>. Acesso em: 10. Out 18.

HALL, STUART, **A identidade cultural na pós-modernidade**. 10a ed. Rio de Janeiro: dp&a; 2005.

HARDING, Sandra. **A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista**. *Rev. Estudos feministas*, N. 1/93. Disponível em:<
<http://www.legh.cfh.ufsc.br/files/2015/08/sandra-harding.pdf>>. Acesso: 03. Mar.18.

HEDLER, Helga Cristina. **Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso**. R. Katál. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153 jan./jun. 2016. Disponível em:<
<http://www.redalyc.org/html/1796/179646075015/index.html>>. Acesso em: 07. Set.2017.

HINTZ, Helena Centeno. **Novos tempos, novas famílias?** Da modernidade à pós-modernidade. *Pensando Famílias*, 3, 2001; (8-19). Disponível em:<
http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1363010551_hintz_novos_tempos,_novas_familias_-_complementar_8_abril.pdf>. Acesso em: 03. Jan.18

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

HONÓRIO, Maria das Dores. **Cabra-Macho, Sim Senhor! Um Estudo Sobre A Masculinidade No Nordeste Do Brasil**. I Seminário Nacional Sociologia e Política da UFRN, 2009. Disponível em:<
<http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIII/cabramacho-Maria-Dores-Honorario.pdf>

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016**.

KAUR, Rupri. **O que o sol faz com as flores**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2018.

KIMMEL, Michael S. Masculinity as homophobia. In: BROD, Harry; KAUFMAN, Michael (Org.). **Theorizing masculinities**. Nova York: Sage Production Editor, 1994.

KLOCK, Adriana Damke et al (org). **Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/ufpel-ms/bid**. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2): 237-45. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a11v14n2>>. Acesso em: 21.11.2017

KRMPOTIC, Claudia Sandra; IESO, Lia Carla De. Los cuidados familiares. **Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género**. Rev Katál. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 95-101 jan./jun. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/11.pdf>>. Acesso em: 12. Jan.17

KUHNEN, Tânia Aparecida. **A ética do cuidado como teoria feminista**. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, maio de 2014. Disponível em:< http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT10_T%C3%A2nia%20Aparecida%20Kuhnen.pdf>. Acesso em: 23.02.18.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda, H. B. **Tendências e Impasses: O feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984, p. 206-242.

LOUREIRO, A et al. **Contexto socioespacial e risco de internação por doença mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31 Sup: S1-S13, 2015.

MACEDO et al. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 201. Disponível em:< Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 201>. Acesso em:

MACHADO, S.S. L”**Novas cenas” para a velhice**: um estudo sócio-demográfico sobre pessoas idosas responsáveis por domicílios familiares, em Belém – PA [dissertação]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

MANNHEIM, Karl. "O problema sociológico das gerações" [tradução: Cláudio Marcondes], In Marialice M. Foracchi (org), Karl Mannheim: Sociologia, São Paulo, Ática, pp. 67-95.

MATOS, Marilda Izilda Santos; CASTELO BRANCO, Pedro Vilarinho. **Cultura, corpo e educação**: Diálogos de gênero. São Paulo: intermeios, Teresina: EDUFPI, 2015.

MAUSS, Marcel. **As técnicas do corpo**. Paris: PUF, 1994.

MEDRADO, Benedito. **O masculino na mídia**: Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira. Dissertação de mestrado, São Paulo: PUC, 1997. Disponível em:< https://www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public-files/arquivo/11_dantas_benedito_medrado_termo.pdf >. Acesso em: 23. Set. 2017.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELO, Anástacia Mariana da Costa. **Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>>. Acesso em 10. Jan. 19.

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

_____. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 27. Fev. 2018.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. SMAD, v. 4, n.2, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>>. Acesso em 27. Set. 18.

MOTTA, Alda Brito da. **A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento**. Revista Sociedade e Estado - Volume 25 Número 2 Maio / Agosto 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v25n2/05.pdf>>. Acesso em 27. Set. 18.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. IN: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFEES/ABEPSS, 2009. Disponível em 27/10/15: <http://www.pcb.org.br/portal/docs/int-metodo-teoria-social.pdf>

NOLASCO, Sócrates. O trabalho como base para a identidade. In. **O mito da masculinidade**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p. 50-85

JIMENEZ, Ana Luisa & HARDY, Ellen. **Masculinidad y Género**. Revista Cubana Salud Pública. v.27 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 2001. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200001

OLIVEIRA, Zuleica Lopes Cavalcanti. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? In: ARAUJO, Clara Maria De Oliveira; SCALON, Maria Celi Ramos Da Cruz. **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, Gênero e Saúde Mental: Contribuições para profissionalização do cuidado feminino**. São Paulo: Cortez, 2018.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

PINSKY, Carla. **Estudos de Gênero e História Social**. Rev. Estud. Fem. vol.17 n.1 Florianópolis Jan./Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100009>. Acesso em 03 de Maio de 2017.

PISCITELI, A. “Re-criando a (categoria) mulher”. In: ALGRANTI, L. M. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH-Unicamp, 2002. P. 7-42. (Textos Didáticos, v. 48).

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4579-4589 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em: 17. Out.17.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. **A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1515-1529. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n4/0104-5970-hcsm-20-04-01515.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 18.

PFEIFER, Maria; NOGUEIRA, Vera Maria R. **O papel do Estado e o “Welfare Mix”**. *Rev. emancipação*, 5(1): 143-160, 2005. Disponível em:< <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/65/63>>. Acesso: 06.03.18

RIBEIRO, Djamila. **O que é o lugar de fala?** Belo Horizonte:Letramento,2017.

ROSA, Lucia. **Transtorno mental e cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Provimento de cuidado doméstico á pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: **Abordagens psicossociais**, volume III: perspectiva para o serviço social/ Eduardo Mourão Vasconcelos (organizador) – São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

_____. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

SAFFIOTI, H. I. B. O estatuto teórico da violência de gênero. In: SANTOS, J. V. T. dos. **Violência em tempo de globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999. P.142-163.

SARTI, C. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 2007.

SCAVONE, L. **Estudo de gênero: uma sociologia feminista?** *Revista Estudos Feministas*, v, 16, n, 1, p. 173-186, 2008.

SILVA, Nayra Danyelle Batista da. **Gênero e saúde mental: breve revisão teórica sobre o processo de engendramento das discussões em saúde mental**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO OBSERVATÓRIO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA, 3, 2017. Caruaru: Universidade Federal de Pernambuco. ISSN (2448-1300) Disponível em:<220<https://drive.google.com/file/d/1ECQJt1iu7GE0YBsPXwRysI-0Iy6A3HPu/view>>.Acesso em:10. Dez.17

SILVA, Nayra Danyelle Batista da; MACEDO, João Paulo. **Novas Vozes no Cuidado: Uma Revisão Sistemática Sobre a Produção Científica no Campo de Discussão Entre Masculinidade e Cuidado**. *Rev. FSA*, Teresina PI, v. 16, n. 2, art. 17, p. 318-

339, mar./abr. 2019. Disponível em:< <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa>>. Acesso em 20. Fev.19.

SILVA, Thomas Tadeu. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Thomas Tadeu (org). **Identidade e diferença**. A perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis, Editora Vozes: 2000.

SILVA et al. **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, UFMA, 2015. Disponível em:< <https://docplayer.com.br/13136686-O-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-um-olhar-a-partir-da-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina-piaui-abstract.html>>. Acesso em: 10. Dez. 17.

SILVA, Susana Maria Veleda da. **A Contribuição dos Estudos de Gênero para a Compreensão da Geografia do Trabalho: uma pauta para discussão**. Revista Latino-americana de Geografia e Gênero, (Ponta Grossa), v. 4, n. 2, p.106 - 117, ago. / dez. 2013.

SOBRAL, Rita de Cássia Cronemberger. **A igualdade Conjugal entre mulheres e homens que conheci**. In: **Serviço Social e Contemporaneidade: Revista do Departamento de Serviço Social/ Universidade Federal do Piauí**. Ano. IV, n. 4. Teresina: EDUFPI, 2006.

SORJ, Bila. **Socialização do cuidado e desigualdades sociais**. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/09.pdf> >. Acesso em: 10. Jul. 18.

SOUSA, Adrielly Pereira. **As práticas de atenção e cuidado destinadas à população em situação de rua: os demarcadores de gênero na operacionalização dos serviços**. (dissertação). Piauí: Universidade Federal do Piauí, 2017.

SOUZA, Sueli Francisco Moreira; BAGNOLA, Emelice Pereira Prado. O sujeito na sua família. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL Heloisa (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, p.267-275, 2007.

SCOTT, Joan Wallach. Gender: a useful category of historical analyses. In: HEILBRUN, C. G.; MILLER, N. K. (Org.) Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press, 1988, p. 28-50. Tradução Brasileira: **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n.2, jul/dez. 1990, p.522.

TOMIZAKI, Kim. **Transmitir e Herdar: o estudo do fenômenos educativos em uma perspectiva intergeracional**. Edu. Soc, Campinas, v. 31, n.111, p.327-346. Disponível em: <<http://www.cedesunicam.br>>. Acesso em: 07. Jun. 2018.

VASCONCELOS, Eduardo. **Do hospício à comunidade: mudança sim negligência não**. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

_____. **Abordagens psicossociais**, vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. **A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 14 (4); 997-1006 2009.

WELZER-LANG, Daniel. **A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia**. Estudos Feministas, Florianópolis, Ano 9, 2º semestre, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>>. Acesso em: 10. Jan.18

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 192 p

ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: DIMENSTEIN, Magda (org). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: intermeios; Brasília: Cnpq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI, Fapepi, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Perguntas Referente ao Questionário

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO:

NATURALIDADE:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

✓ DADOS DOS OUTROS MEMBROS

✓ SEXO _____ IDADE _____

✓ RENDA DA FAMÍLIA: _____

✓ MORA NA CASA DA PESSOA
CUIDADA? _____

GRAU DE PARENTESCO COM O USUÁRIO:

OCUPAÇÃO:

DADOS COMPLEMENTARES:

SEXO DO PACIENTE QUE ACOMPANHA:

TEMPO DE TRATAMENTO DO USUÁRIO:

CID-10 DA PESSOA CUIDADA:

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

PERGUNTA DE ABERTURA:

Fale-me sobre o processo de cuidar de uma pessoa com Transtorno Mental: O que exige esse cuidado? Altera alguma coisa na sua vida?

PERGUNTAS SUPORTES:

1. Por que você cuida?
2. Para você, o que é cuidado?
3. Alguém te auxilia nesse cuidado?
4. Quais as atividades que você realiza no seu cotidiano de cuidado a pessoa com transtorno mental?
5. Quais atividades você realiza além de prover cuidados ao seu familiar?
6. Quais maiores dificuldades e limitações ao exercer tal atividade?
7. O que você pensa sobre o fato de homens exercendo cuidado?
8. Para você o fato de ser homem, muda alguma coisa com relação ao seu modo de exercer cuidado?
9. O que mais você queria me dizer enquanto cuidador que não recebe para tal função e talvez eu não tenha perguntado?

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Bairro Ininga
CEP 64.049-550 – Teresina, PI
Fone/Fax: (86) 3215 5697

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Título do projeto: OS MARCADORES DE GÊNERO NO CUIDADO EM SAUDE MENTAL: OS SENTIDOS DO CUIDADO POR HOMENS NO ÂMBITO DOMÉSTICO

Pesquisador responsável: Nayra Danyelle Batista da Silva

Instituição/Departamento: Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas – CCHL/UFPI

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 999541406

Orientador Responsável: João Paulo Macedo

Telefones para contato: (86) 999462381

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Natureza da pesquisa: O Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Marcadores de Gênero no provimento de cuidados às pessoas com transtornos mentais: os sentidos do cuidado por homens no âmbito doméstico”. Que faz parte do projeto de dissertação do Programa de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí de autoria Nayra Danyelle Batista da Silva. Essa pesquisa de natureza qualitativa é determinada pelo interesse em conhecer as formas de cuidado exercidas por homens junto a pessoas com transtorno mental em espaços domésticos, pretende então analisar o cuidado provido por esses homens, a fim de perceber os sentidos do cuidado e as performances de masculinidades que perpassam a vida de diferentes cuidadores.

Participantes da pesquisa: Participaram da pesquisa, todos aqueles cuidadores do sexo masculino que forem maiores de 18 anos e que não receba remuneração pelo provimento de cuidado. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso aceite fazer parte do estudo,

assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

1. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo você _____ . Tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do coordenador do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

2. Sobre as entrevistas: As entrevistas serão realizadas mediante documentação (gravação) e serão respondidas apenas as perguntas que o entrevistado se sentir a vontade para responder. A entrevista será feita no espaço que respeite o direito de sigilo do entrevistado.

3. Riscos e desconforto: Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 510/2016. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade e integridade física. A pesquisa pode ainda, tendo em vista o teor dos questionamentos, causar certo constrangimento dado à subjetividade e particularidade de cada sujeito. No caso de algum desconforto ao compartilhar informações, pelo tempo exigido ou sinta incômodo em falar de algum tópico em específico, você não precisa respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa. Manteremos todos os cuidados éticos necessários, incluindo a garantia do sigilo, do anonimato. Desse modo, os riscos podem ser considerados mínimos.

4. Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos importantes à literatura, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos. Esta pesquisa possibilitará uma compreensão sobre o tema, tendo uma grande relevância social e acadêmica, dando visibilidade ao cotidiano dos cuidadores homens de pessoas com transtornos mentais no âmbito doméstico e desse modo desinibilizar essas dinâmicas de cuidados, externando realidades que podem ser apropriadas pelos serviços sociassistenciais e assim garantir melhorias nos serviços.

5. Pagamento: A (O) Sra (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

6. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalizastes.

7. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

8. Garantia de sigilo: Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, representantes do patrocinador (quando presente) Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo).

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui

suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “OS MARCADORES DE GÊNERO NO CUIDADO EM SAUDE MENTAL: OS SENTIDOS DO CUIDADO POR HOMENS NO ÂMBITO DOMÉSTICO”. Eu discuti com a mestranda Nayra Danyelle Batista da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar Testemunhas.

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep