

# Grupos e dispositivos associativos de familiares na Atenção Psicossocial: diálogos entre gênero, cuidado e políticas públicas em saúde mental

*Vanessa Herdy<sup>1</sup>*  
*Laura Lowenkron<sup>2</sup>*

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**Resumo:** A pesquisa buscou investigar o processo de familiarização e feminização do cuidado em saúde mental a partir do cotidiano das cuidadoras familiares, tendo em vista seu papel central para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um relato etnográfico, baseado em um estudo realizado em um CAPS do Rio de Janeiro, com foco nos espaços coletivos como a assembleia e o grupo de acolhimento aos familiares. Buscando o diálogo entre o cuidado como categoria analítica e as abordagens êmicas na Atenção Psicossocial, os grupos eram espaços de apoio, mas também de tensões e dissensos sobre os sentidos de autocuidado.

**Palavras-chave:** gênero; cuidado; Reforma Psiquiátrica; grupos; CAPS.

<sup>1</sup> Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

<sup>2</sup> Professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e pesquisadora do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM).

## Family groups and associative devices in psychosocial care: dialogues between gender, care and public policies in mental health

**Abstract:** The research aimed to investigate the process of familiarization and feminization of care in mental health based on the daily lives of family caregivers, considering their central role in the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform. It is an ethnographic account based on a study conducted in a CAPS (Psychosocial Care Center) in Rio de Janeiro, focusing on collective spaces such as the assembly and the support group for family members. Seeking a dialogue between care as an analytical category and emic approaches in Psychosocial Care, the groups were spaces of support, but also of tensions and dissent regarding the meanings of self-care.

**Keywords:** gender; care; Psychiatric Reform; groups; psychosocial care center.

## Grupos familiares y dispositivos asociativos en la atención psicosocial: diálogos entre género, cuidados y políticas públicas en salud mental

**Resumen:** La investigación buscó investigar el proceso de familiarización y feminización del cuidado en salud mental a partir de la vida cotidiana de las cuidadoras familiares, teniendo en cuenta su papel central en la consolidación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Se trata de un relato etnográfico, basado en un estudio realizado en un CAPS (Centro de Atención Psicosocial) en Río de Janeiro, centrado en espacios colectivos como la asamblea y el grupo de apoyo para familiares. Buscando el diálogo entre el cuidado como categoría analítica y los enfoques emic en la Atención Psicosocial, los grupos eran espacios de apoyo, pero también de tensiones y disensos sobre los significados del autocuidado.

**Palabras clave:** género; cuidado; Reforma Psiquiátrica; grupos; CAPS.

**O** artigo busca analisar como os agenciamentos coletivos permeiam o cotidiano das cuidadoras familiares dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e contribuem para a sustentação da atual política de assistência à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo de uma reflexão crítica sobre o processo de familiarização e feminização do cuidado no campo da Atenção Psicossocial, o trabalho pretende discutir a centralidade de mulheres, em especial do lugar social da maternidade, no projeto político da Reforma Psiquiátrica, que se ancora na capilarização dos cuidados em saúde mental em âmbito comunitário. Para isso, apresenta um fragmento da pesquisa empírica realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>3</sup> da zona norte do Rio de Janeiro, em que se evidenciam, a partir dos espaços coletivos do serviço, as dinâmicas da cogestão do cuidado entre familiares e Estado no novo modelo de atenção.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB) se constitui como um processo político complexo, que marca a reorganização da lógica da assistência em saúde mental, que passa de um modelo baseado na centralidade das instituições de caráter asilar para uma rede de serviços de base comunitária, que ofertam cuidados em diversos níveis de complexidade (AMARANTE, 2007). Mas além da implementação de novos serviços, trata-se de reconhecer a cidadania dos sujeitos considerados loucos e implicar o Estado, e mais amplamente todo o campo social, na garantia de seus direitos, especialmente o direito a ser cuidado e permanecer nos espaços de sociabilidade. Para a concretização deste projeto, as práticas de cuidado devem considerar a inserção social de seus usuários e as dinâmicas dos territórios, contando com o suporte da rede de saúde em serviços de atenção diária.

É preciso ressaltar que no período que antecede a Reforma, a reclusão de longa permanência em instituições hospitalares era o principal recurso utilizado nos casos mais graves. Nesse modelo, a participação das famílias nos cuidados dos pacientes institucionalizados era bastante restrita, ou mesmo não incentivada. Na lógica da Atenção Psicossocial, entende-se que a família, como principal núcleo da rede socioafetiva dos usuários, deve participar dos “arranjos de cuidado” (FAZZIONI, 2021: 145), assim como o cuidado com a família é incluído no escopo de ações das equipes de saúde mental (CARVALHO, 2020).

A sustentação desse modelo, em última instância, depende de “atos de cuidado” (KLEINMAN, 2015) contínuos<sup>4</sup>, que demandam uma gestão complexa de recursos, envolvem inúmeras mediações no cotidiano, tempo, disponibilidade afetiva, e uma aposta ético-política na afirmação da vida e direito à cidadania e ao cuidado em liberdade. Ainda que se constitua como elemento central para o projeto de Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)<sup>5</sup> não prevê subsídios para o trabalho doméstico e de cuidado não remunerado,

<sup>3</sup> Dispositivo de atenção diária em saúde mental para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

<sup>4</sup> Caracterizando o cuidado como uma atividade fortemente corporificada, o autor chama atenção para um conjunto de atos físicos e atitudes corporais que materializam os “atos de cuidado”: “Caring acts are centred on physical acts of touching, embracing, steadying, lifting, toileting, and so on. But they also include the way we look at someone, and receive their return gaze; the way we connect (or fail to do so); the quality of our voice, our very presence” (KLEINMAN, 2015: 240).

<sup>5</sup> Amparada pela Lei 10.216, de 2001 (BRASIL, 2001).

executado majoritariamente por mulheres negras e das classes populares. O tema tampouco tem sido discutido pelo campo numa perspectiva interseccional, seja no contexto institucional, nos movimentos sociais ou na academia. O que argumentamos é que a lógica da Atenção Psicossocial, ainda que institua uma base de compromissos sociais para o cuidado de pessoas com demandas em saúde mental, está ancorada na reprodução do familismo e do maternalismo, amplamente presentes nas políticas de saúde e sociais no país, matizada pelo contexto neoliberal em que a PNSM é implantada, marcado pela precarização e terceirização do trabalho (HERDY, 2023).

Em um movimento de descida ao “ordinário” (DAS, 2020), este artigo busca explorar o que se apresenta no cotidiano dos serviços, ao olhar para as cuidadoras familiares e o modo como agenciam sentidos para o autocuidado através dos espaços coletivos. O objeto da análise será um fragmento da pesquisa empírica, em dois coletivos que acontecem no CAPS, a saber, um grupo para o acolhimento de familiares e cuidadores, e a assembleia, que funciona como espaço de deliberação do qual os familiares participam. Consideramos aqui familiares e cuidadoras não apenas como acompanhantes dos usuários, mas em sua participação ativa nos arranjos de cuidado singulares e coletivos, entendendo seu papel na articulação de recursos dos serviços de saúde e do território, como sujeitos com os quais o Estado, na figura de seus agentes (profissionais de saúde, assistência, educação, segurança pública), constrói a cogestão cotidiana dos cuidados em saúde mental.

Considerando que esses atores têm, portanto, papel fundamental para a consolidação da RPB, na sustentação diária do cuidado em liberdade, buscamos analisar a forma como se organizam, os sentidos que têm para os familiares, as dinâmicas de participação e adesão desse grupo e a importância desses espaços de acolhida e construção coletiva na composição dos “arranjos de cuidado” entre familiares e profissionais. O termo é tomado no sentido proposto por Fazzioni (2021: 19), enquanto categoria analítica que busca “descentralizar a noção de cuidado de relações duais e domésticas, complexificando o emaranhado de relações que compõem o cuidado, incluindo as relações com diferentes atores sociais”. Com a ideia de “arranjos”, a autora chama atenção também para a dimensão situacional do cuidado, marcada por improvisos e precariedades.

Como apontado por Vianna *et al.* (2009) em sua experiência na implementação de um grupo com familiares em um CAPS, é inegável o papel dos profissionais dos serviços substitutivos na apresentação à proposta de cuidado do modelo de atenção tributário da RPB, apontando possibilidades e caminhos para o compartilhamento de responsabilidades entre esses atores, que “resulta em assistência mais humanizada para os pacientes e em convivência menos sofrida dentro de casa” (VIANNA *et al.*, 2009: 613). O objetivo comum deve ser, segundo a autora, a construção conjunta de projetos terapêuticos que façam sentido dentro da rotina desses usuários e familiares, mas que possam ir além da contenção e estabilização dos sintomas, constituindo projetos de vida.

Desse modo, a proposta de dispositivos de participação ativa e de encontro são compreendidas nesse campo como espaços e estratégias de autocuidado ofertadas pelos serviços aos familiares, contribuindo para a redução da ansiedade e do ônus do cuidado diário, facilitando a expressão e elaboração das experiências, o agenciamento de recursos e a ampliação de suas redes de apoio. Uma das dimensões que norteiam nosso trabalho diz respeito à distribuição social dos cuidados, fortemente gendrada e racializada. Nesse sentido, o olhar para essas atividades busca apreender como essas questões aparecem também em espaços de articulação coletiva, evidenciando a complexidade das relações entre os sujeitos

que se ocupam desse cuidado, bem como o processo de Reforma em curso, enquanto movimento político e sanitário.

O trabalho dialoga com discussões sobre o papel das famílias e das mulheres nos cuidados não remunerados em saúde, que extrapolam o campo da Atenção Psicossocial (BATTHYÁNY *et al.*, 2017; FAZZIONI, 2018; PIEROBON, 2022). Buscamos situar o exercício do cuidado em sua dimensão política (TRONTO, 1993), partindo de uma perspectiva interseccional. Isso implica levar em conta que os processos históricos de opressão pelo racismo, sexismo, violência institucional e pobreza estão imbricados na produção dos circuitos de vulnerabilização que permeiam as relações e as práticas a partir das quais o trabalho de cuidado é organizado e exercido (ARAUJO, 2018; COLLINS e BILGE, 2021).

A articulação entre as noções de cuidado trazidas aqui enquanto categorias êmicas do campo da Atenção Psicossocial, com as categorias analíticas presentes na literatura, nos deu suporte para explorar a polissemia do cuidado em suas múltiplas facetas, a saber: enquanto cuidado dos outros, como autocuidado e enquanto forma de gestão governamental de grupos sociais específicos. As múltiplas dimensões do cuidado no contexto etnográfico analisado serão abordadas à luz dos debates sobre a familiarização e feminização do cuidado como estratégia fundamental de sustentação da RPB (HERDY, 2023); do cuidado como trabalho não remunerado exercido majoritariamente por mulheres em diversos contextos, levando a níveis importantes de sobrecarga e adoecimento (ou não cuidado) (GUIMARÃES e HIRATA, 2020); e como reprodução de práticas de longa duração histórica, que se atualizam na apropriação do cuidado realizado por mulheres negras em âmbito doméstico (PASSOS, 2023).

## Metodologia

A pesquisa empírica, de caráter etnográfico, foi realizada a partir da observação participante nos espaços coletivos de um CAPS III<sup>6</sup> do município do Rio de Janeiro. Para este artigo, focaremos nos relatos da assembleia e do “grupo de família”. A composição metodológica teve como objetivo explorar o cotidiano do serviço, analisando não apenas os expedientes previstos nas normativas, mas os arranjos que vão sendo construídos para cuidar de pessoas com demandas em saúde mental nos territórios. A escolha desse dispositivo como lócus da pesquisa de campo se deu por ser o coordenador do cuidado na rede de Atenção Psicossocial, o que nos pareceu profícuo para apreensão dos movimentos dos usuários e seus cuidadores em seus itinerários de cuidado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Para as análises do material empírico, partimos de uma perspectiva interseccional, considerando a importância de olhar para os múltiplos eixos de opressão que operam nos circuitos de vulnerabilização que permeiam as relações e as práticas de cuidado (ARAUJO, 2018; PASSOS, 2023). O trabalho privilegia a abordagem socioantropológica, buscando investigar as relações de cuidado através do diálogo entre as categorias êmicas do campo da Atenção Psicossocial e as categorias analíticas encontradas na literatura mencionada.

<sup>6</sup> Modalidade de CAPS que conta com funcionamento 24 horas (BRASIL, 2011).

## Associações de familiares e a Reforma Psiquiátrica brasileira

Consideramos importante contextualizar a articulação de familiares enquanto segmento dentro do escopo de atores na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Souza (2001) aponta que ao longo desse processo, usuários e familiares se aglutinaram em coletivos e associações, especialmente a partir da década de 80, com o objetivo de garantir maior visibilidade a suas pautas, tanto em posições favoráveis às mudanças em curso, como no sentido contrário. Segundo o autor, tais associações contribuíram para a articulação coletiva desse segmento e tiveram forte influência na criação de políticas públicas que instituíram a mudança de paradigma da atenção à saúde mental no país, como também no discurso social sobre a loucura e o estigma que atravessa a experiência de pessoas institucionalizadas ou marcadas por um diagnóstico psiquiátrico.

O levantamento realizado por Vasconcelos (2008), aponta que a maior parte das associações de familiares estava ligada a serviços ou a trabalhadores vinculados ao campo da saúde mental. O grande desafio, segundo o autor, é a organização mais autônoma de usuários e familiares, que pela gestão do cotidiano envolvendo o cuidado dos usuários, e em alguns casos o comprometimento causado pela própria condição (principalmente na agudização do quadro), os arranjos familiares impedem ou dificultam de alguma forma a associação entre pares de forma mais orgânica. A questão que se coloca aqui é o risco da centralização em lideranças individuais, geralmente profissionais, e o conseqüente distanciamento das bases do movimento que se observa ao longo do processo de Reforma.

Para Vianna e Barros (2004), as associações de familiares vão sendo criadas como estratégia para assistir as famílias dos usuários dos serviços de saúde mental, que muitas vezes se veem desamparadas e sem suporte adequado para lidar com a sobrecarga do cuidado diário ao sujeito em sofrimento. Nessa perspectiva, o movimento de associações surge também para preencher uma falta que existe na assistência às famílias, revelando com isso a necessidade de um trabalho intersetorial que possa garantir melhores condições para a efetiva reabilitação psicossocial dos usuários e a gestão do cuidado entre a família e o Estado. As autoras apontam que muitos esforços se voltaram à implementação dos serviços substitutivos e para a assistência ao usuário, mas pouco se avançou no debate sobre a estigmatização da loucura e as novas práticas de cuidado em liberdade em saúde mental, de modo a implicar todo o campo social.

Apesar de cortes importantes no orçamento do SUS, na década de 2000 observou-se um aumento exponencial no número de CAPS implementados no país (MEXKO e BENELLI, 2022). No entanto, os autores ressaltam que esse aumento não significou uma efetiva mudança de paradigma, que se agrava com o silenciamento do movimento social na gestão mais progressista a nível federal, além da precarização dos vínculos de trabalho e sucateamento dos serviços com a gestão terceirizada de organizações sociais.

Desse modo, o cenário que encontramos atualmente, como veremos nos relatos que baseiam este trabalho, revela um importante declínio na mobilização política desse segmento em espaços coletivos de articulação atualmente disponíveis nos serviços. O que ressaltamos, sem pretender nos aprofundar aqui, é a necessidade de refletir sobre as condições sócio-históricas que levaram ao declínio das mobilizações coletivas no contexto neoliberal no qual o projeto da RPB se perpetua. Em especial, nos indagamos quem são os familiares que aparecem no cotidiano dos serviços sustentando os ideais da Reforma e quais suas condições

políticas, materiais e subjetivas para a organização coletiva de suas pautas.

## **A assembleia de usuários, familiares e trabalhadores: a construção coletiva de sujeitos políticos**

Como vimos, a assembleia de usuários, trabalhadores e familiares é um espaço historicamente importante quando pensamos no contexto da RPB, tomando a sua dimensão de construção coletiva desde a base. Como um dispositivo clínico-político, a manutenção das assembleias nos serviços diz não só do que se mantém da trajetória como movimento social, de um resgate de cidadania aos usuários da RAPS, mas da necessidade de construir e fortalecer os mecanismos de controle social previstos nas diretrizes do SUS. Considerando a conjuntura de desmobilização social e enfraquecimento de movimentos sociais, além do retraimento dos espaços coletivos com a pandemia de COVID-19, a assembleia foi considerada na pesquisa como um lócus etnográfico importante para a compreensão das relações entre os cuidadores e o serviço, no que diz respeito à gestão de um “arranjo de cuidado” (FAZZIONI, 2018) compartilhado.

Algumas demandas que surgiam em atendimentos ou outros espaços eram incentivadas pela equipe a serem mais amplamente discutidas na assembleia, na tentativa de coletivizar o que dizia respeito ao comum. No entanto, esse direcionamento não funcionava sem furos, seja pela dificuldade geral em compartilhar, expor, convocar o coletivo a pensar e construir junto; seja pelo fato de alguns direcionarem a esse espaço reivindicações particulares, na tentativa de coletivizar as demandas que não encontravam resolução por outros meios. Garantir que os participantes pudessem se apropriar do lugar de fala e tratar de pautas comuns ao coletivo do CAPS não parecia uma tarefa simples, e que era geralmente sustentada pelo investimento da equipe.

Naquele CAPS, familiares e usuários não pareciam tão apropriados desse espaço, que acontecia semanalmente, o que ficava bastante evidente no quórum reduzido, na convocação insistente dos técnicos<sup>7</sup>, na dispersão dos participantes após algum tempo de reunião. Uma pessoa da equipe faz uma provocação em um dos encontros, perguntando à assembleia se entendiam aquele espaço como um lugar de discussão e de tomada de decisão sobre o próprio serviço. Nos termos da política pública, poderíamos dizer como espaço de controle social. Não houve resposta. Havia um esforço dos técnicos em garantir a abertura e o sentido de uma assembleia, para que não se tornasse meramente um espaço de informes, mas a base desse coletivo não parecia tão investida em ocupá-lo.

Alguns familiares buscavam esse espaço para compartilhar algo sobre os usuários que acompanhavam, demandar assistência da equipe para questões específicas, ou mesmo interrogar alguns fluxos ou cobrar providências para problemas que o serviço estava atravessando, como a falta de medicamentos, questões de infraestrutura e recursos humanos. Em um dos encontros, a mãe de um usuário toma a palavra e diz que estava sentindo falta das oficinas terapêuticas, já que por conta de uma reforma emergencial, a sala usada para esse fim estava comportando os leitos de acolhimento noturno<sup>8</sup>. Compartilhou com a assembleia que a oficina de artes fazia bem ao filho, que o ajudava a se expressar, e da importância

<sup>7</sup> Reproduzo aqui a expressão em referência à categoria êmica “técnico em saúde mental”, utilizada pelos interlocutores para designar os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, independentemente do nível de escolaridade ou categoria. Em nossa leitura, não se trata de uma norma com fins trabalhistas, mas de um recurso discursivo de marcar o caráter multiprofissional e interdisciplinar de funcionamento das equipes.

<sup>8</sup> Dispositivo de atenção à crise para permanência dos usuários em cuidados intensivos, disponível em CAPS do tipo III, que funcionam 24 horas por dia (BRASIL, 2011).

dessas atividades para o tratamento, além das intervenções clínicas mais comuns, como os atendimentos individuais e a abordagem medicamentosa. A partir dessa intervenção, que inicialmente dizia de um caso particular, a discussão se deslocou para as possíveis alternativas para o retorno de algumas oficinas em outros espaços no território.

Em outra ocasião, se discutia sobre estratégias de cuidado e preservação de um aparelho de televisão que havia sido instalado no CAPS após a solicitação dos usuários. Alguém sugere colocar uma grade de proteção, sendo logo rebatido por um dos técnicos, que argumenta que esse tipo de conduta remetia ao *modus operandi* do manicômio. Ele segue tensionando o coletivo ao dizer que ali no CAPS poderiam ser feitos outros tipos de acordo. Por fim, ficou decidido que a televisão precisava ser preservada, e que este seria um compromisso assumido por todos, entendendo que dificilmente o aparelho seria repostado se fosse danificado.

Além dessas demandas pontuais, a assembleia parecia funcionar bem para a organização de eventos, como foi possível observar com a confraternização de fim de ano e a participação em um bloco de carnaval. Ali foi acordada a divisão de tarefas, tanto sobre os detalhes da festa, como a comida, bebida, decoração, música, data, horário e a divulgação; como para o deslocamento do grupo até o local do bloco, a confecção de fantasias e o expediente do CAPS durante o feriado do carnaval. Esse é um movimento importante se pensarmos o cuidado em uma perspectiva ampliada, não simplesmente no sentido de um projeto terapêutico, mas enquanto conjunto de práticas voltadas para a sustentabilidade da vida (TRONTO, 1993), entendendo que as celebrações também fazem parte da vida e que esse também é um momento de cuidar, não só dos usuários, mas de seus cuidadores. Como espaço privilegiado para estimular as interações sociais, a pactuação de momentos de descanso e lazer na assembleia pode ser tomada como uma direção na coprodução de arranjos coletivos de cuidado.

Nesse sentido, ainda que seja um espaço permeado por contradições, que se sustenta pela direção de trabalho neste serviço e pela convocação pelo corpo técnico mais do que pela demanda do próprio coletivo, é possível dizer que produzia um lugar de fala para esses sujeitos e efeitos de construção coletiva e controle social, que convergem para o sentido de sua proposta. O estímulo à participação política e à construção democrática podem ser incluídos na agenda da inclusão social e resgate à cidadania, tanto para os usuários, como para os familiares. A sustentação de um espaço coletivo de discussão não se dá sem algumas tensões entre esses atores, até mesmo em relação ao que deve ou não ser pautado ali. Mas consideramos que a regularidade do espaço em um CAPS diz da direção política de construção de sentidos coletivos no cotidiano da Reforma.

## O “Grupo de família” e o lugar dos familiares no CAPS

O “Grupo de família” funcionava como um espaço de acolhimento aos familiares, conduzido a cada quinzena no próprio CAPS. Experiências de dispositivos com proposta semelhante podem ser encontrados em outros serviços da RAPS, como relatado na literatura (VIANNA, 2009; SANTOS, 2019; CARVALHO, 2020), ainda que com diferenças no formato, metodologia e formas de organização. É importante destacar a importância desses grupos como suporte e construção coletiva com as famílias como parte da trajetória da RPB como movimento social, como descrito por uma das técnicas em um dos nossos encontros. Não se trata, portanto, de uma atividade exclusiva desse CAPS, mas procuramos descrevê-la aqui como dispositivo específico desse serviço, que opera na produção de

um espaço de trocas, escuta, compartilhamento de informações e experiências, orientação, mas também onde aparecem as tensões e assimetrias na relação entre familiares e profissionais, e por onde circulam também afetos como a desconfiança, ressentimentos e cobranças.

A atividade era facilitada por duas técnicas do CAPS, uma assistente social e uma agente territorial, mulheres negras, periféricas e mães, com um percurso importante na Atenção Psicossocial. Considero importante fazer essa marcação, uma vez que esses lugares têm efeitos para a grupalidade, acionando um movimento de dupla identificação entre técnicas e participantes. Esses efeitos aparecem em diversos momentos ao longo dos encontros, tanto nas falas das participantes, nas demandas direcionadas às técnicas, nas intervenções destas no coletivo, e nos sentidos que vão sendo produzidos nesses encontros, como veremos nas cenas compartilhadas ao longo do texto.

O grupo já acontecia há pelo menos uns quatro anos. Inicialmente, era realizado no mesmo horário de uma atividade idealizada para usuários do espectro autista, contando com a participação massiva das mães dos participantes desse outro grupo. Por conta disso, segundo o relato de uma técnica, muitas pessoas se referiam ao espaço destinado aos familiares como “grupo de mães”, incluindo outros profissionais. Ela me contava sobre esse fato marcando que houve um investimento, tanto com o coletivo que começava a se formar, como com a equipe, para repensar a proposta e incentivar que fosse ocupado por outros familiares, convocando mais figuras masculinas.

No entanto, nos encontros com o grupo a impressão era a de que esse perfil não havia mudado tanto, considerando que a atividade seguia contando com a participação majoritária das mães. Tratava-se de um grupo aberto, divulgado pelos técnicos do CAPS aos familiares, em formato de roda de conversa. A proposta era que pudessem trazer temas de seu interesse e que os rumos da atividade fossem geridos pelo próprio coletivo. Durante a pesquisa de campo, a atividade contou com a presença regular de algumas participantes, para quem o grupo já tinha lugar e sentido em sua rotina de autocuidado. Entre este grupo fixo e os que frequentaram pontualmente, é possível dizer que o coletivo era composto predominantemente por mulheres negras, mães, que não exerciam uma atividade remunerada, responsáveis pelo trabalho doméstico e pelo cuidado não apenas dos usuários do CAPS, mas de outros membros da família.

Quando questionadas sobre a função desse espaço para cada uma, traziam algumas expressões como “ajuda”, “apoio”, “escuta”, “desabafo”, “troca”. Perceber que não estavam sozinhas naquela situação, que outros familiares também vivenciavam questões semelhantes aos seus desafios cotidianos, que podiam aprender com as histórias compartilhadas, dar apoio aos que estão passando por momentos mais difíceis, eram outros sentidos que apareciam em suas falas. Surgia também a importância de receber orientações sobre o manejo com as demandas de saúde mental de seus familiares, não apenas entre o grupo, mas também na relação com as técnicas.

De certa forma, o grupo operava enquanto dispositivo que proporcionava encontros, nos quais se reconheciam pelo lugar de cuidadoras. Por essa via se autorizavam ao compartilhamento de narrativas endereçadas aquelas que se supõe semelhantes, por onde parecia mais possível dividir os afetos, deixando a palavra circular de acordo com as demandas e temas trazidos pelo coletivo. As técnicas apoiavam na mediação com o serviço, na organização de uma estrutura mínima para o encontro, mas pensamos que havia também o próprio desejo para garantir esse espaço para as cuidadoras. O direito ao descanso e ao autocuidado era mais

uma das noções do “cuidar” que circulavam nesse espaço. Apesar de algumas falas das participantes sugerirem que se tratava de um grupo de orientação, as profissionais tentavam desviar desse lugar, trazendo contribuições mais pontuais de orientação técnica.

Em um encontro, uma familiar trouxe o desejo de fazer terapia, de ter um espaço para falar sem que ninguém a interrompesse, de realmente ser ouvida. Também dizia do incômodo de sentir que tem vivido a vida de seu irmão, que está sempre em função dele e do quanto isso é sufocante. No entanto, também compartilhou que gosta de pesquisar e estudar sobre a condição com a qual ele convive, que isso a ajuda a dar lugar às experiências vividas com ele. Assim, vai elaborando a difícil tarefa de se desvencilhar do lugar de cuidadora para voltar para si, porque a preocupação com o irmão ocupa a maior parte de seu tempo. Outra familiar contrapõe dizendo que para ela não bastaria ser ouvida, precisaria dividir sua angústia com alguém que vai lhe dizer o que fazer. Alguém completa dizendo que é importante dizer o que está sentindo para não “engolir” os problemas, e segurando a barriga, sinaliza que aquilo que não consegue falar vai se acumulando no seu corpo.

Com frequência as participantes compartilhavam das dificuldades em conciliar o trabalho de cuidado de seus familiares com suas próprias necessidades pessoais, ainda que mais básicas. “Ele tem que tomar o remédio para eu dormir”, dizia uma delas, se referindo à resistência do filho em aderir ao tratamento, que prejudicava seu sono, chamando atenção para a interdependência ou o “duplo fazer” dos corpos de quem cuida e de quem é cuidado (PIEROBON, 2022). Algumas falas sugeriam o conflito entre o ideal de uma maternidade intensiva e o desejo de ter algum tempo para si. Uma delas compartilha que o filho não tem autonomia para circular sozinho, e por isso precisa acompanhá-lo nos atendimentos. No entanto, essa dependência não seria apenas por conta de seu adoecimento, mas que antes disso construíram uma relação em que ela estava muito presente em todos os aspectos de sua vida. Uma das técnicas pontua que “no lugar de mãe”, consegue perceber que é preciso dar espaço para que os filhos desenvolvam autonomia, pois se ocuparem o lugar de cuidar de tudo não permitirão que aprendam a se cuidar. Então a outra profissional faz uma provocação, ao perguntar se seria possível pensarem no exercício da maternidade sem a culpa que aparece implícita nesse discurso tutelar. As mães que não são assim tão protetoras seriam “menos” mães por isso? Ou por tentarem se atentar para suas próprias demandas em certos momentos?

Esse ponto parece bem delicado na construção com as mulheres que conseguem ainda chegar no grupo. Quando se aborda o esvaziamento que vinha ocorrendo no grupo, é possível perceber a fragilidade dessas articulações e a dificuldade em sustentar o autocuidado quando se tem que dar conta sozinha de tudo, como se a participação aqui fosse um respiro que por vezes não é possível diante das outras demandas mais urgentes do trabalho de cuidado. Como muitas coisas, o grupo vai ficando em segundo plano, falta ânimo para investir em mais uma atividade, e talvez até disposição para essas trocas. Nesse sentido, a equipe atua aqui como suporte também para que o grupo continue acontecendo, facilitando os encontros.

Uma das participantes sugere uma viagem para uma cidade no interior do estado com alguns atrativos turísticos, que fica próxima à capital, e assim poderiam fazer um “bate e volta”. Todas pareciam muito animadas com a ideia, pensando no que poderiam visitar na cidade. Logo surge uma questão com os famili-

ares, se iriam com elas, e com isso os afetos mobilizados em torno dessa separação, com falas como “não tenho com quem deixar ele” ou “e se ele quiser ir também?”. Levantou-se a possibilidade de que o restante da equipe do CAPS ficasse responsável por estar com os familiares no serviço para que elas pudessem fazer o passeio. Seria então um momento “para elas”.

Nesse encontro fica bastante evidente como é tênue a linha entre sustentar a importância de um espaço que possa acolher o familiar, que ele possa trazer suas questões como cuidador, mas que o ajude em termos mais práticos a sustentar por meio de arranjos mais coletivos o trabalho cotidiano de cuidado, que não pode ser simplesmente suspenso ou interrompido. É perceptível a dificuldade em realizar esse exercício de distanciamento, uma vez que o mandato desse cuidado, muitas vezes solitário, demanda uma dedicação intensiva, que se passa a viver a vida do outro, como uma delas bem sinaliza. Como aparece também na experiência de Vianna *et al.* (2009: 611), “reiteradamente, marcávamos aquele como um espaço da família. Em vão. Surgiu a doença, o sintoma, o medicamento. As famílias haviam incorporado a doença na própria vida. Para muitos, vida e doença eram indissociáveis”.

Um exemplo disso aparece quando uma das participantes, ao se apresentar, inicia sua fala revelando o diagnóstico do filho: “CID 20.1: esquizofrenia”. A escolha por partir desse ponto e a pausa que segue após o anúncio parecem dizer da marca que fica, como se o diagnóstico pudesse situar algo dela também na função de cuidadora. Ela sempre fala do grupo como um espaço muito importante, um dos poucos momentos em seu cotidiano que consegue fazer algo por si. Conta que chega cansada e desanimada, mas consegue sair revigorada pelas trocas, que se sente acolhida, assessorada, orientada, que o grupo lhe ajuda a aceitar melhor, a ser uma mãe melhor. Sente que não está sozinha, que outras pessoas também compartilham de suas experiências, que ali “nenhuma mãe está só”.

Outra participante também mencionou o lugar do CAPS no processo de recuperação de seu filho em sua primeira crise, e para ela como mãe, se havendo com dificuldade em aceitar o diagnóstico e o tratamento. Conta como era difícil deixá-lo no CAPS quando estava em acolhimento noturno, pois sempre foram muito grudados, nunca havia ficado fora de casa. Afirma que teve o apoio da equipe e de outros familiares, e que agora está aprendendo a lidar com essa experiência. Retoma a fala de uma das técnicas, dizendo que no início não entendia como o grupo funcionava e por que as pessoas a incentivavam a participar. Depois percebeu que ela também precisava se fortalecer, que sozinha estava muito difícil elaborar todas as mudanças que vinham acontecendo na vida de ambos. Ao ouvir uma familiar contando sobre sua experiência em um manicômio, em que o filho sofreu inúmeras violências e que tinha dificuldade em ter notícias sobre ele, afirma: “não deixaria meu filho num lugar desses!”.

No entanto, algumas participantes falavam com certo saudosismo da assistência prestada nos grandes hospitais psiquiátricos, especialmente para os momentos de crise. Uma das mães conta que se sentia julgada porque seu filho fazia tratamento no CAPS, pois lhe diziam que era um lugar de “maluco”, que até mesmo seu marido achava isso. Falam da ausência de espaços onde seus familiares possam se sentir incluídos e estar entre seus semelhantes – o que parece distante do discurso da Reforma, de tensionar o lugar do “louco” na sociedade, de reivindicar a inclusão e não apenas constituição de espaços protegidos, evidenciando que a lógica tutelar segue operando junto ao trabalho de promoção de autonomia e responsabilização. Fica evidente aqui que os sentidos em relação à proposta da Reforma vão sendo apropriados de formas distintas e produzem alguns

dissensos, que fazem também parte desse movimento ainda em processo.

A outra participante mais jovem do grupo, que também não conviveu com as longas internações em hospitais psiquiátricos, ressalta o lugar do grupo como ajuda para expandir a mente, a aprender a “desapegar” um pouco, pois sente que sempre quer proteger o irmão e agora percebe como isso a sobrecarrega. Conta que a partir daí sua vida estagnou, não conseguiu seguir com seus projetos de vida pela intensa dependência da relação, já que ele demanda constante supervisão. O sentido de passar a viver a vida do irmão é trazido por ela de forma visceral, sem escolha, sem divisão, sem possibilidades de mudança. É um lugar de intenso sofrimento, a não ser que, em suas palavras, consiga ressignificar esse lugar para não adoecer.

O isolamento do cuidador também aparece com frequência, como o relato da mãe que contou que não visita nem seus outros filhos, pois não toleram o comportamento do irmão. Conta que ele tem dificuldade em usar os talheres à mesa, por exemplo. E ela, para evitar olhares discriminatórios, acaba optando por não sair com ele. Esses outros filhos se organizaram para pagar uma viagem para ela, mas parecia pouco interessada em ir, que essa possibilidade de passar alguns dias apenas descansando parecia muito distante de sua realidade. Fica evidente a complexidade dessas relações, ao mesmo tempo que essa mãe se vê muito solitária nas demandas com o filho que é usuário do CAPS, que não pode contar com a ajuda dos outros filhos para apoiá-la nessa tarefa, é confrontada com um “presente” que demonstra alguma preocupação com sua sobrecarga, mas que possivelmente não representa o tipo de suporte que a ajudaria a aliviá-la.

Ao falarem sobre suas redes de apoio na vida, estas mulheres muitas vezes fazem referência ao próprio CAPS e ao grupo de família. “Não conhecia esse tal de surto”, uma das mães nos conta. Quando seu filho foi jurado de morte na comunidade onde moravam, foi a equipe do serviço que a ajudou a encontrar uma casa e a fazer a mudança. Entende que é na “medida que eles podem”, percebendo as limitações da equipe e da estrutura do serviço. “Se eles não podem ajudar, pelo menos não atrapalham”. Se pergunta muitas vezes o que vai ser de seus filhos se um dia “vier a faltar”, pois tem outra filha que também é acompanhada pelo CAPS. Conta que por vezes seu filho fica agressivo com ela, que não se interessa por nada, não tem uma profissão. Sobre a experiência do grupo, diz que lhe faz bem porque vê que não é só ela que passa por aquilo, tira muita coisa da cabeça. “A gente tem que estar bem para cuidar deles”, como demonstra a experiência de mulheres negras socialmente lidas como “loucas”, consideradas incapazes para o exercício da maternidade (SOLATERRAR e LOWENKRON, 2025).

Aqui podemos pensar também em um diálogo com a experiência relatada por PIEROBON (2022), em que é possível acompanhar como o adoecimento e o envelhecimento da mãe era absorvido pelo corpo e mente da cuidadora, em meio à precariedade de serviços de saúde pública e a preocupação constante com a familiar dependente. As barreiras de acesso ao cuidado técnico que compõem a história de vida dessa família refletem os furos deixados pelas instituições e políticas de saúde, que ao longo do tempo contribuíram para o surgimento de enfermidades por questões evitáveis ou com possibilidade de tratamento pela rede pública. Na mesma medida, o sofrimento psíquico latente nas falas das participantes do grupo de família no CAPS, a partir da preocupação com o próprio adoecimento e esgotamento, trazem as marcas inscritas pela sensação de desamparo e a carga de trabalho que por vezes carregam sozinhas. Soma-se a isso o peso moral de performar por meio dessas narrativas de sofrimento o que se supõe que seja esperado pelos demais familiares do grupo e pelos técnicos do serviço como “bom cuidado”

materno e/ou familiar.

O trabalho de Pierobon nos ensina, contudo, que é importante ir além dessa dimensão fortemente moral, evidenciando como a relação de cuidado é eminentemente política, pois não está dissociada das condições de pobreza, precarização da vida e violência do Estado, que sinalizam a circularidade da produção dos corpos vulnerabilizados entre as mulheres negras e de baixa renda, pensando ainda como essa produção se torna uma herança para as gerações posteriores (PIEROBON, 2022). Aqui a noção de sofrimento encruzilhado é interessante para acessar uma experiência que não é apenas subjetiva, mas que traz consigo as marcas das diferenças que “fizeram diferença na vida das pessoas” (SOLATERRAR, 2021: 241), na interseção entre o itinerário de vulnerabilização e o itinerário de encruzilhamento. Isto é, as condições de existência e inserção social, incluindo seus cruzamentos com processos de subalternização e violência, vão modulando as formas de expressão e de busca por cuidado. Solaterrar (2021) nos convoca a olhar para esses marcadores do sofrimento que observamos nas unidades de saúde, ainda pouco mapeados no campo da Atenção Psicossocial.

Em outro caso, uma mãe compartilha que por vezes a pressão arterial e a glicemia ficam descompensados com o estresse cotidiano com o filho, um rapaz jovem que gosta de circular pela rua e por vezes se coloca em risco na comunidade onde vivem. Ainda que tenha condições de executar algumas tarefas domésticas, conta que ele não a ajuda em casa e precisa do seu estímulo para realizar a higiene e outras rotinas de autocuidado. “Não tenho mais paciência”, diz explicando que já considerou prendê-lo em casa para conseguir ficar em paz, “Senão eu não vivo!”. O limite da tolerância fica marcado em seu discurso quando compartilha que o único recurso que ainda tem efeito com ele é o da violência, seja verbal ou mesmo física, já que ele não atende aos seus pedidos e tentativas de acordo. A violência que carrega em sua fala aparece também como forma de lidar com a frustração diante dos constrangimentos sociais que certamente a impedem de renunciar efetivamente o seu mandato materno de cuidado (EFREM e MELLO, 2021).

Essa questão retorna na fala das outras participantes na direção oposta, quando seus familiares se voltam contra as pessoas mais próximas, geralmente aqueles que se ocupam do seu cuidado. Se questionam como devem lidar com a agressividade que frequentemente aparece nesse contexto. Uma das familiares considera que “às vezes a gente sai como mentirosa”, se referindo à mudança de comportamento do irmão em casa e quando está no CAPS. Parece que a pressão social ajuda a conter esses impulsos agressivos, e que o vivenciam na intimidade não aparece na mesma intensidade para os profissionais do serviço. As participantes compartilham que, nesses casos, sentem dificuldade em pedir ajuda da equipe em momentos de crise, por não sentirem que suas impressões em relação aos usuários são validadas.

Essas dificuldades também aparecem em relação ao formato do próprio grupo. Algumas participantes apontaram, em outros espaços, para as tensões que aparecem entre as diferentes apreensões do cuidado para as profissionais e familiares. Um exemplo disso está na afirmação de que aquele deve ser um espaço “para elas”, do grupo ser orientado a estimular o olhar para si e se perceber fora do lugar de cuidador. “Como vou falar sobre outra coisa? Minha vida gira em torno do meu irmão agora!”, diz uma delas. Nesse sentido, parece difícil que essas cuidadoras tenham condições para acessar outros sentidos no compartilhamento do cuidado, e que esses tensionamentos são experimentados como demanda e

não como possibilidade de elaboração. Pode ser que algo nessa transmissão retorna para elas reforçando o lugar da falta e da cobrança.

Em uma conversa após o grupo, um familiar afirma que os profissionais precisam, antes de tudo, serem solidários à condição do familiar, porque não podem ter a dimensão das dificuldades com as quais ele tem de lidar quando o expediente do serviço se encerra. Por mais que cuidem, sente que os familiares geralmente são culpabilizados pela piora dos pacientes. Macvarish (2014) aponta que na contemporaneidade a relação entre Estado e família tende a tratar o contexto familiar como a origem dos problemas relacionados ao comportamento, por vezes sem considerar condições sociais e históricas que contribuem para vulnerabilização do cuidado nesse âmbito. Nesse sentido, pensamos que este cuidador aponta a necessidade de algo para além da capacidade de escuta no sentido técnico, mas que envolve sensibilidade, empatia, se colocar mesmo no lugar do outro. Este seria, para ele, o caminho para transmitir segurança e reverter a ansiedade do familiar, com mais atenção às coisas que são prescritas e sua aplicabilidade.

Outro aspecto que gostaríamos de reforçar a partir dessa experiência é a importância dos coletivos para a organização política dos familiares. Em um dos encontros, um participante reforça que o grupo é um espaço fundamental para se fortalecerem enquanto coletivo, para sua mobilização como categoria, porque são eles que geralmente levam as pautas por melhorias na condição de assistência, uma vez que os profissionais muitas vezes são silenciados por conta do vínculo institucional. Além disso, afirma que os grupos e vivências com as associações de familiares foram fundamentais em sua formação, na tentativa de entender melhor a condição de sua filha e suas possibilidades para estar na vida. Nesse caso, a formação política aparece como forma de empoderamento, de poder ampliar as condições de diálogo e contratualização com as instituições e profissionais sobre o exercício e os arranjos de cuidado.

Os modos de ocupar e participar do cotidiano institucional, incluindo a circulação pelos grupos de familiares, vão dando contorno para as mediações necessárias à continuidade do cuidado não apenas do usuário em sofrimento, mas também das cuidadoras, de como construíam coletivamente uma ética de cuidado (TRONTO, 1993), agenciando uma vida mais possível pela ampliação de uma rede de apoio e relacionalidade. A presença nesses espaços corporificava os acordos, vínculos, afetos e sentidos do cuidado de si, de uma certa gestão do desamparo.

## Considerações finais

Como proposto por Vianna *et al.* (2009), a inserção das famílias nos serviços substitutivos como corresponsáveis pelo cuidado em saúde mental em âmbito comunitário, de modo a se sentirem acolhidos em seus desafios cotidianos, é um aspecto fundamental para a implementação concreta das propostas e diretrizes da RPB. Na experiência descrita pela autora, o grupo com os familiares operava como “Lugar de luta, de encontro, de subjetividade e coletividade. Lugar de compartilhar ideias, sentimentos, emoções e fracassos. Lugar de conflitos, disputas e contradições. Dentro deles, a vida se torna menos árdua para quem convive com a loucura” (VIANNA *et al.*, 2009: 612). Em suma, um lugar de construção coletiva de modos de agenciar esse cotidiano de “exceção ordinária” (PIEROBON, 2022) no qual arranjos de autocuidado são tecidos em meio a precariedades (FAZZIONI, 2018, 2021).

Ainda que com as limitações colocadas pelo seu esvaziamento, as atividades

acompanhadas contavam com a adesão de um certo grupo de familiares, que o tomavam como espaço para dividir suas angústias e queixas em relação à sobrecarga, além de trocar experiências sobre o manejo do cuidado em casa. A proposta, levada à cabo pelas duas técnicas, dizia da aposta em ofertar um momento de apoio e escuta coletivos, se atentando para a potência das trocas entre familiares e equipe, no sentido de repensar os lugares de saber técnico e do saber pela experiência. Considerando o contexto específico da assembleia, a presença do grupo trazia as reivindicações pela melhoria das condições de atendimento, de seu papel na cogestão do cuidado com o serviço.

No entanto, alguns familiares não conseguiam acessar os espaços por conta do horário que coincidia com o trabalho, ou por não terem com quem dividir o cuidado. Este parece ser um dos desafios no apoio às famílias, que podem demandar a expansão dos limites institucionais, tanto nos expedientes do próprio serviço, considerando a realização de atividades em horário estendido ou aos fins de semana, no caso dos CAPS III; como na atuação da equipe no território, em articulações intra e intersetoriais, com o suporte das unidades básicas de saúde, centros de convivência, CRAS, associação de moradores e outros modos de organização comunitária.

Entre os que conseguiam frequentar estes espaços, um dos sentidos que apreciavam com frequência em suas falas dizia respeito à necessidade de ser ouvido e se sentir acolhido diante do desamparo, o que remete à disponibilidade em conhecer a realidade dessas famílias, podendo compreender os níveis de complexidade das relações e condições materiais, sociais e subjetivas de cuidado ao usuário do serviço. Por vezes, os familiares evocavam expressões como “empatia” ou “solidariedade” para tentar dar conta, ou buscavam aproximações, como quando questionavam “você já tem filhos ou pensa em ter filhos um dia?”. Ficava ainda mais evidente ao longo dos encontros as tensões entre a visão dos familiares e dos profissionais acerca das diferentes noções e embasamentos para as práticas de cuidado exercidas por ambos.

Os familiares traziam com frequência a sensação de não ter o seu conhecimento validado nos processos de tomada de decisão sobre o projeto terapêutico do usuário e no manejo de situações agudas. Reivindicavam a validação do saber que advém da convivência diária com os usuários, que para além da expressão dos sintomas, podiam observar sua forma de estar no mundo, seus gostos e singularidades, sua evolução ao longo do tempo, detalhes de sua trajetória de vida e estratégias criadas nesse núcleo mais íntimo para lidar com situações corriqueiras.

O que gostaríamos de chamar a atenção é que nessas disputas o saber técnico pode ganhar contornos prescritivos e normativos, que retornam para essas mulheres, que já convivem com as cobranças de uma agência irrestrita, como mais uma demanda que precisam dar conta. Um exemplo aparece nas noções acionadas para o cuidado de si<sup>9</sup> e do outro, que surgem permeadas pelo individualismo que invisibiliza desigualdades estruturais. O cuidado não deve ser tomado como algo moralmente neutro, ou do âmbito das escolhas voluntárias, é preciso considerá-lo em sua dimensão normativa, envolto nas tramas da institucionalidade (DROTBOHM, 2022). Para os técnicos, que no cotidiano do CAPS encarnam o papel de agentes do Estado na gestão do sofrimento psicossocial, muitas vezes o

<sup>9</sup> Ao acionar a noção de “cuidado de si” (FOUCAULT, 2006), buscamos trazer sua dimensão política, considerando que está associada a uma ética de si como prática de liberdade, como possibilidade de resistência às formas de controle e assujeitamento. No entanto, ela não está dissociada dos mecanismos de controle que regulam as condições para o exercício da liberdade. Essa tese é útil para analisar a ambivalência das noções de cuidado para as cuidadoras, quando apontam para ideais de autonomia e autorregulação que não são compatíveis com as demandas de cuidado trazidas por elas.

próprio projeto da Reforma e os ideais da Luta Antimanicomial se confrontam com o cansaço das cuidadoras, evidenciando as múltiplas camadas que esse encontro faz aparecer na intersecção de seus papéis sociais.

Nessa leitura, considerando o contexto analisado, em que gênero, raça, classe e território estão fortemente imbricados na distribuição e precarização do trabalho de cuidado, é importante considerá-lo como atividade que remete a práticas historicamente atribuídas a mulheres negras no Brasil desde o período colonial, que se atualizam na perpetuação de violências interseccionais. A ideia de “colonialidade do cuidado” proposta por Passos (2023) se apresenta na exploração do exercício do cuidado por mulheres negras e da classe trabalhadora, enquanto trabalho subalterno e precarizado, cujas condições trazem prejuízos à saúde, limitam seus projetos de vida e representam a negação de sua humanidade. Ainda que fortemente marcadas pelo papel social da maternidade, a discussão sobre dimensão gendrada e racializada desses encargos não parecia ressoar entre nossas interlocutoras. Desse modo, é possível questionar se o processo grupal dos espaços de apoio aos familiares poderia operar articulador de uma construção crítica coletiva em relação à desvalorização e invisibilização de seu trabalho.

A dedicação ao cuidado do outro, que em muitos casos implica em abnegação, em deixar de lado planos, trabalho, vida social, é um dos temas mais recorrentes, o que nos faz pensar não apenas na vulnerabilização, mas também no sentido que o grupo tem para elas, como um espaço onde podem dizer disso, que parece ficar sem lugar no cotidiano de suas obrigações. O adoecimento dessas mulheres, não apenas em relação ao seu sofrimento psicossocial, mas também por condições crônicas de saúde física, pode ser visto como um reflexo desse corpo que muitas vezes não pode ser priorizado, que diz dos impactos que a relação de cuidado tem sobre as condições de vida das cuidadoras.

Como no relato de Pierobon (2022), aqui a trajetória de adoecimento se entrelaça à responsabilização pelo cuidado nas relações familiares e às modulações das políticas de saúde mental. Não é que o sofrimento e a sobrecarga dessas cuidadoras não seja objeto de intervenção de agentes do Estado, mas o que é historicamente invisibilizado é o seu papel na manutenção da exploração deste trabalho não remunerado de cuidado. Em geral, não há muito espaço para o acolhimento de suas necessidades no cotidiano dos serviços, como as experiências coletivas relatadas aqui. É preciso nos atentarmos para a crescente medicalização do “sofrimento encruzilhado” de mulheres negras quando envolvem a dimensão da maternidade e do cuidado, a fim de garantir a perpetuação de sua força de trabalho (SOLATERRAR, 2021; SOLATERRAR e LOWENKRON, 2025; PASSOS, 2023).

Em alguma medida, essas redes e arranjos forjados no dia a dia dos serviços, ainda que muito frágeis, vão dando conta de sustentar o cuidado dos usuários no território, que como o *savoir-faire discreto* de Molinier (2012), se torna invisível quando atende às demandas. Essa negação está presente na realidade de nossas interlocutoras, considerando o apagamento não só do trabalho de cuidado realizado por elas, precarizado pela insuficiência de políticas públicas adequadas à complexidade das necessidades de pessoas pretas e pobres em sofrimento psicossocial, como também de sua própria demanda por cuidado diante da sobrecarga e da desvalorização. Diante disso, nos parece relevante seguir investigando o que estamos formulando como “zonas de silêncio” que permeiam o trabalho de cuidado exercido por mulheres no campo da Atenção Psicossocial.

Recebido em 31 de agosto de 2025.  
Aprovado em 20 de dezembro de 2025.

## Referências

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAUJO, A. B. Da ética do cuidado à interseccionalidade: caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 23 (3): 43-69, 2018.
- BATTHYÁNY, K. *et al.* El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Estudios Feministas*, 25 (1): 187-213, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARVALHO, C. “Grupo de família como meio de cuidado em saúde mental: relato de experiência em um CAPSad”. In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. (orgs.) *Família na desinstitucionalização em saúde mental*. Teresina: EDUFPI, 2020. pp. 211-29.
- COLLINS, P. H.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2021.
- DAS, V. “O evento e o cotidiano”. In: *Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário*. São Paulo: Editora Unifesp, 2020. pp. 21-42.
- DROTBOHM, H. O cuidado além do reparo. *Mana*, 28 (1): 1-23, 2022.
- EFREM Filho, R.; MELLO, B. M. A renúncia da mãe: sobre gênero, violência e práticas de Estado. *Horizontes antropológicos*, 27 (61): 323-49, 2021.
- FAZZIONI, N. H. *Nascer e Morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. 2018. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia), UFRJ, 2018.
- FAZZIONI, N. H. Nem bom, nem mau: reflexões sobre “arranjos de cuidado” materno em dois contextos de pesquisa. *[SYN]THESIS*, 14 (2): 18-27, 2021.
- FOUCAULT, M. “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”. In: *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. pp. 264-287.
- GUIMARÃES, N.; HIRATA, H. “Pensar o trabalho pela ótica do cuidado, pensar o cuidado pela ótica das suas trabalhadoras”. In: *O Gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades*. São Paulo: Ateliê editorial, 2020. pp. 27-52.

HERDY, V. *Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), UERJ, 2023.

KLEINMAN, Arthur. Care: in search of a health agenda. *The Lancet*, 386 (1): 240-1, 2015.

MACVARISH, J. "The politics of parenting". In: LEE, E. *et al.* (orgs.). *Parenting culture studies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014.

MEXKO, S; BENELLI, S. J. A política nacional de saúde mental brasileira: uma breve história estrutural. *Em Pauta*, 20 (49): 33-48, 2022.

MOLINIER, P. "Ética e trabalho do Care". In: HIRATA, H. GUIMARÃES, N. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012, pp. 29-43.

PASSOS, R. G. *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres em questão*. São Paulo: Hucitec, 2023.

PIEROBON, C. O duplo fazer dos corpos: envelhecimento, adoecimento e cuidado na vida cotidiana de uma família. *Cadernos Pagu*, 64: 1-16, 2022.

SANTOS, A. V. Grupo de escuta com familiares em centro de atenção psicossocial: um relato de experiência. *Revista Polis e Psique*, 9 (1): 198-209, 2019.

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 149-58, 2009.

SOLATERRAR, U. *Sobre AFRontar a Casa-Grande e botar a cara no sol: uma etnografia transviada de formas de gestão do sofrimento*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), UERJ, 2021.

SOLATERRAR, U.; LOWENKRON, L.. "Preciso estar bem para cuidar do meu filho": (des)encontros entre raça, maternidade e loucura. *Antropolítica*, 57 (1), 2025.

SOUZA, W. D. S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4): 933-9, 2001.

TRONTO, J. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. Nova Iorque/Londres: Routledge, 1993.

VASCONCELOS, E. Dispositivos associativos e luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In: *Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. pp. 56-141.

VIANNA, P. C. M *et al.* Grupo de familiares: espaço de cuidado para as famílias de portadores de sofrimento mental. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (4): 607-13, 2009.

VIANNA, P. C.; BARROS, S. A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 8 (2): 275-282, 2004.