

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL**

**Patricia de Oliveira Berger**

**DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO NAS FAMÍLIAS COM USUÁRIOS(AS)  
DE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ASSISTENTE  
SOCIAL RESIDENTE**

**Santa Maria/ RS**

**2022**

**Patricia de Oliveira Berger**

**DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO NAS FAMÍLIAS COM USUÁRIOS(AS)  
DE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ASSISTENTE  
SOCIAL RESIDENTE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith**

Santa Maria/RS

2022

**Patricia de Oliveira Berger**

**DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO NAS FAMÍLIAS COM USUÁRIOS(AS)  
DE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ASSISTENTE  
SOCIAL RESIDENTE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.

**Aprovado em 18 de março de 2022**

---

Profa. Dra. Maria Denise Schimith (Orientadora)

---

Profa. Dra. Fernanda Nunes da R (UFSM/Serviço Social)

---

Enf. M.a Larissa Gomes Bonilha (ESF São Francisco)

Santa Maria/RS 2022

## RESUMO

### **DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO NAS FAMÍLIAS COM USUÁRIOS(AS) DE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE**

AUTORA: Patricia de Oliveira Berger<sup>1</sup>

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Denise Schimith<sup>2</sup>

O objetivo deste artigo é refletir, a partir da vivência de Assistente Social residente, as funções sociais ligadas à divisão sexual do trabalho nas famílias com usuários(as) de saúde mental na atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo em formato de relato teórico prático de experiência, resultado do período de um ano de prática em uma Estratégia de Saúde da Família. Observou-se, por meio da vivência nesse território e dos atendimentos realizados, que a mulher ocupa o lugar de cuidadora no interior das famílias. Somando-se a revisão de literatura, pode-se compreender a ausência do Estado como provedor efetivo da saúde, a responsabilização da família, políticas familistas e a divisão sexual do trabalho, que estabelece o papel social da figura feminina como cuidadora e responsável pelo bem estar da família. Todas as contestações mostram-se interessantes para a ordem do capital em um sistema que também é patriarcal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Cuidado. Família. Divisão sexual do trabalho. Atenção Primária à saúde.

<sup>1</sup>Assistente Social formada pela Universidade Federal de Santa Maria- UFSM e pós graduanda no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, ênfase: Atenção à Saúde Mental, da Universidade Federal de Santa Maria –UFSM. ppatriciabberger@gmail.com

<sup>2</sup>Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, ênfase: Atenção à Saúde Mental, da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. maria-denise-schimith@ufsm.br.

## **ABSTRACT**

### **SEXUAL DIVISION OF LABOR: EXPERIENCE REPORT OF A RESIDENT SOCIAL WORKER**

AUTHOR: Patricia de Oliveira Berger  
ADVISOR: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

The objective of this article is to reflect, from the experience of a resident Social Worker, social roles linked to the sexual division of work in families with mental health users in primary health care. This is a study in the format of a theoretical-practical experience report, resulting from a one-year period of practice in a Family Health Strategy. It was observed, through the experience in this territory and the services provided, that women occupy the role of caregivers within the families. Adding to the literature review, one can understand the absence of the State as an effective health care provider, the accountability of the family, familistic policies, and the sexual division of labor, which establishes the social role of the female figure as caregiver and responsible for the family's well-being. All contestations prove to be interesting for the order of capital in a system that is also patriarchal.

**KEYWORDS:** Mental Health. Care. Family. Sexual Division of work. Primary health care services.

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>9</b>
3.1 Saúde mental no Brasil: Estado, território e família.....	12
3.2 Divisão sexual do trabalho nas famílias cuidadoras de usuários de saúde mental na atenção primária à saúde .....	16
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>5 REFERÊNCIA.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, conseguiu modificar, ao longo das décadas, a compreensão do processo de cuidado com os(as) usuários(as) em/com sofrimento mental no Brasil. Entre essas, destacam-se os serviços extra hospitalares de base comunitária e territorial, como a Atenção Primária à Saúde (APS) e suas estratégias e os serviços especializados, que compõem a Rede de Cuidado em Saúde, mais especificamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A partir desse, houve significativa reconfiguração do papel da família no cuidado em saúde mental, em que são convocadas a compartilhar o cuidado com os profissionais, os serviços e o próprio usuário. A família torna-se responsável por esse trabalho desempenhado de maneira informal, não reconhecido pela ordem do capital e, por vezes, precarizado.

A família é uma instituição sócio histórica condicionada e inserida na sociedade, adquirindo papéis conforme as estruturas e conjunturas necessitam. A centralidade que, ao longo dos anos, a família vem adquirindo nas políticas sociais é algo que chama atenção. E também requer reflexão, pois na prática o familismo tem se constituído numa focalização do feminino, uma vez que é a mulher que acaba sendo responsabilizada pelo cuidado.

Uma teoria que vem sendo utilizada é a Teoria do *Care*, que em português a palavra *care* significa cuidado, preocupação com o outro, desvelo, diligência e atenção (PASSOS, 2018). Características atribuídas ao sexo feminino, sendo consideradas como dons naturais, sem levar em consideração o treinamento informal (SOUZA LOBO, 2011) que é construído socialmente e reproduzido nas organizações sociais, que acabam influenciando os papéis familiares.

A atenção dada à mulher no interior das políticas sociais e públicas é reforçada e acaba por reiterar os papéis sociais tradicionais da mulher como esposa, mãe e cuidadora, acrescentando a responsabilidade e sua importância no núcleo doméstico. Consequentemente, afasta-a da inserção no mundo do trabalho formal e do reconhecimento como trabalhadora, que estando no lar, desenvolve trabalho. Ainda, as mulheres que estão no mercado de trabalho formal, estão sobrecarregadas com duplas e triplas jornadas, cumprindo o papel de mãe, esposa, irmã e cuidadora. Como traz as autoras Carloto e Mariano

a mulher é tomada como representante do grupo familiar, vale dizer, o grupo familiar é materializado simbolicamente pela presença da mulher. Esta, por sua

vez, é percebida tão somente por meio de seus 'papéis femininos' que vinculam, sobretudo, o ser mulher ao ser mãe, com uma identidade centrada na figura de cuidadora. (CARLOTO; MARIANO, 2008, p.1).

Diante disso, faz-se necessário compreender que essas relações, de gênero, são parte da estrutura e organizam a sociedade, ocorrendo consequências mediatas e imediatas para a reprodução do ser social. O que significa a necessidade de reconhecer o gênero como um elemento importante e estruturante da vida social, sendo utilizado, de maneira interesseira, para a naturalização de determinados fenômenos sociais, como é a questão do trabalho cuidar. Como aponta o autor

Tais relações, que em nossa sociedade, são, em sua maioria, marcadas pelas desigualdades, expressam a existência de uma forma determinada relação entre os diversos sujeitos sociais. Tal padrão de relacionamento é histórico, ou seja, é construído pela própria sociedade, seguindo o seu movimento, pelo conjunto de forças sociais que organizam e dão uma direção a esta mesma sociedade. Deste modo, o gênero não é "natural", não é fixo, imutável ou intransponível, ao contrário, varia de acordo com as necessidades particulares de cada sociedade e de cada contexto histórico. (VELOSO, 2003, p. 6)

A partir da vivência como assistente social residente, se faz necessário compreender os papéis atribuídos aos familiares, dos(as) usuários(as) atendidos(as) no campo de prática, também a partir de suas relações de gênero. Esse se caracteriza como fenômeno fundamental para o entendimento do processo de produção e reprodução das relações patriarcais e capitalistas, e conseqüentemente, para a formação e intervenção profissional.

Salienta-se, também, a importância do debate sobre as relações de gênero e como essas interferem e modificam as estruturas sociais. Esse debate para o Serviço Social, que está alicerçado no atual projeto ético-político da profissão, expresso no código de ética profissional, na lei de regulamentação da profissão e nas diretrizes curriculares, e que possui como diretriz teórico-metodológica e política o marxismo. Apresenta assim, como valor ético, o compromisso com a defesa da igualdade de gênero: "*opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero*" (1993, p.24).

Ademais, trabalhar com famílias em todos os contextos, mas principalmente no campo da saúde mental, demanda esforços, pois as famílias que acessam os serviços que compõem a RAPS apresentam diferentes configurações, por serem reflexões da sociedade patriarcal, capitalista e desigual que vivemos. Nesse sentido, determinantes



e determinações sociais, como a classe, a etnia e, sobretudo, o gênero, marcam, de forma significativa, as práticas de cuidado. Portanto, o objetivo deste trabalho é refletir, a partir da vivência de Assistente Social residente, os papéis sociais ligados à divisão sexual do trabalho nas famílias com usuários(as) de saúde mental na APS.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo em formato de relato teórico-prático de experiência, *como mais uma possibilidade de criação de narrativa científica* (DALTRO; FARIAS, 2019, p.224). Esse foi pensado e desenvolvido a partir da vivência e dos atendimentos realizados durante o período de um ano. Ocorreu de março de 2020 a março de 2021, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Francisco, localizada em Santa Maria, interior do estado do Rio Grande do Sul. A escolha pelo método foi a partir do conceito que as autoras trazem

O Relato de Experiência é uma modalidade de cultivo de conhecimento no território da pesquisa qualitativa, concebida na reinscrição e na elaboração ativada através de trabalhos da memória, em que o sujeito cognoscente implicado foi afetado e construiu seus direcionamentos de pesquisa ao longo de diferentes tempos[...]A concretização narrativa desses impactos e direcionamentos demonstram um acordo e um termo em que o pesquisador construirá suas escolhas e, necessariamente, decidirá interromper o fluxo de possibilidades dos inesgotáveis períodos reflexivos, para afirmar e processar uma sistematização sobre a experiência vivida (DALTRO; FARIAS, 2019, p.229).

Para atingir o objetivo proposto, faz-se necessário descrever o cenário prático para melhor compreensão de suas particularidades, e a importância da ESF São Francisco nesse território. Além de duas equipes mínimas de Estratégia Saúde da Família, conta com apoio de residentes multiprofissionais de duas ênfases, atenção à saúde da família e atenção à saúde mental, bem como residentes uniprofissionais em medicina da família e medicina veterinária. Também é campo de estágio para cursos de nível técnico e superior de algumas instituições de ensino, sendo assim, campo de atuação do Serviço Social em decorrência do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), ênfase em atenção à saúde mental.

A unidade se localiza na região leste da cidade, e faz referência a três residenciais populares, Zilda Arns, Dom Ivo Lorscheiter e Leonel Brizola. Pode-se considerar moradias novas, aproximadamente dez anos de existência, o que acarreta no não pertencimento ao território por algumas famílias, que anteriormente residiam em

outras regiões da cidade, deixando famílias e suas histórias para trás, para o almejado sonho da casa própria.

Nesse território algumas características se sobressaem, como difícil acesso, ausência de dispositivos públicos de cuidado, índices altos de precarização do trabalho, de desemprego, de vulnerabilidade social, questões de saúde mental e abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, e inúmeras manifestações de violência. Somando-se a essas, há outras condições impróprias para qualidade de vida das famílias, como falta de infraestrutura para acomodar todos os membros, falta de energia elétrica e água, em decorrência de questões financeiras, falta de alimentação e entre outras. Possui também áreas de ocupação, em que as condições são ainda piores, ou seja, falta de condições básicas para a sobrevivência.

Ademais, esse trabalho de conclusão de residência, bem como a vivência está e esteve norteado e alicerçado no projeto ético político do Serviço Social. Sendo assim, para tal estudo será utilizado referencial teórico desse núcleo profissional, bem como áreas afins que contemplem as temáticas necessárias para o desenvolvimento desse trabalho e as reflexões indispensáveis para a abordagem do tema aqui proposto.

Para tanto, se fez necessário traçar o processo sócio histórico da saúde mental no Brasil, o processo de retomada do cuidado centrado nas famílias até adentrar no assunto específico dos papéis sociais na divisão sexual do trabalho nas famílias cuidadoras de usuário de saúde mental.

O objetivo do Serviço Social na área da Saúde Mental passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O trabalho do Assistente deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A vivência no campo de prática configura-se como substrato da atuação no espaço profissional, efetivando os processos de trabalho e aprendizagens para o residente, que além de profissional encontra-se em processo de formação. Sendo assim, a inserção no campo de prática, na USF São Francisco, se fez como primeiro campo de vivência como assistente social residente.

Salienta-se que essa vivência ocorreu em meio a pandemia da COVID-19, o que modificou a dinâmica da unidade, o número de usuários(as) que circulavam, que eram

atendidos, e as visitas domiciliares foram suspensas. Após o reconhecimento do vírus e a criação dos protocolos de biossegurança, algumas atividades puderam ser retomadas.

Uma dessas atividades foi o acolhimento multiprofissional que era realizado nos dois turnos de funcionamento da USF, com participação dos residentes multiprofissionais, sendo um desses núcleos o Serviço Social. A partir disso, as demandas de saúde mental voltaram a bater na porta da unidade, muitas vezes disfarçadas de sintomas físicos, que a partir dessa ferramenta, o acolhimento, e da disponibilidade de escutar eram identificadas.

As mulheres eram as que mais procuravam a unidade, muitas procuravam para relatar questões de outros membros da família, ou em grande parte das vezes, as usuárias possuíam sintomas de adoecimento. Quando escutada, percebia-se a sobrecarga, o esgotamento, as dificuldades e a solidão de ser responsável por todos e por tudo. Essas mulheres eram mães, filhas, irmãs e amigas.

Outras atividades que voltaram a ocorrer foram as ações no território, as visitas domiciliares, respeitando todos os protocolos de biossegurança, mas que oportunizaram conhecer e reconhecer o território, e outras famílias e realidades que não procuravam com frequência a unidade. Questões de mulheres que eram agredidas, diminuídas, que estavam isoladas, que eram responsáveis pelo bem-estar da família, que controlavam medicações, que trabalhavam o dia inteiro fora e quando chegavam assumiam a dupla e tripla jornada como cuidadora. Outras mulheres não podiam trabalhar fora de casa por não ter com quem contar para o cuidado dos filhos, da mãe, da família no geral.

O objeto de trabalho dos(as) assistentes sociais são “as múltiplas expressões da questão social” que surgem a partir das demandas e conflitos da relação capital versus trabalho, trazendo, entre outros recortes, a divisão sexual do trabalho como uma dessas expressões. Na prática, o trabalho do(a) Assistente Social muitas vezes não é palpável, pois trata-se de uma intervenção contínua, podendo ser muitas vezes burocrática, com encaminhamentos e pareceres, mas sendo necessário estar em constante tentativa de superar o imediato. Além disso, as ações são realizadas a partir de um pensar reflexivo crítico da realidade e em conjunto com a equipe multiprofissional. Pode-se afirmar que foi possível promover nos sujeitos, que são alvo da intervenção profissional, reflexões que lhes proporcionem intenções e mudanças, das quais podem resultar processos de reivindicações, enfrentamentos e resistências coletivas das situações de sua vida cotidiana. Como Yamamoto (2006) traz, o(a) assistente social possui, na sua intervenção profissional, uma dimensão material, que se materializa por meio da prestação de

serviços, dos benefícios, programas, projetos e entre outros, e também uma dimensão que não é material, e que influencia as formas de viver e de pensar dos sujeitos.

Para as reflexões que surgiram a partir da vivência no campo de prática, nos atendimentos e no trabalho realizado junto às famílias, se faz necessário recorrer a literatura para melhor compreender essas manifestações e seus motivos.

### **3.1 Saúde mental no Brasil: Estado, território e família.**

A loucura já foi vista e pensada de diferentes maneiras pelas civilizações, Segundo Foucault (1972), os loucos, na Idade Média, pertenciam de certa forma ao meio social, como aqueles que dizem a verdade de forma extravagante, uma experiência que dava a eles um lugar de revelação. No século XVIII, na sociedade ocidental passou a ser vista como doença, criando assim, uma forma hegemônica de abordagem às questões de saúde mental, as instituições psiquiátricas.

Inicialmente, as políticas públicas, os programas governamentais e os hospitais de iniciativas privadas estavam pautados na medicalização, no isolamento e em práticas abusivas. Segundo Amarantes estas instituições eram criadas para cumprir o duplo papel, o primeiro de retirar do espaço público e urbano os indesejáveis, e o segundo de encontrar, experimentalmente, métodos terapêuticos próprios para curar a loucura (AMARANTE, 2011).

Além disso, historicamente, as pessoas que tinham ou não questões de saúde mental e modificavam a dinâmica cotidiana dentro dos núcleos familiares, eram enviadas, tanto pelas famílias quanto por instituições, para esses manicômios. Pois eram considerados incapazes de viver em sociedade e inúteis à ordem do capital, o que justifica a sua segregação social.

Conseqüentemente, o Estado, por meio de suas políticas, e equipamentos assume o cuidado integral dessa população, oferecendo como resposta a internação integral, a institucionalização de longa permanência. Ocorrendo assim, a suspensão dos direitos civis e sociais desses grupos, ao mesmo tempo em que se dá o afastamento quase, quando não total, das relações familiares tanto de responsabilização quanto de laço afetivo.

Os asilos, como eram conhecidos esses lugares, estavam pautados no saber médico psiquiátrico e na anulação da identidade. Essas instituições segundo Goffman (1992), possuíam um planejamento racional e consciente que atendessem os objetivos de isolamento física e psíquica com o mundo exterior, ruptura com os papéis anteriormente

desempenhados, anulação do direito à informação, hierarquização social entre internados e profissionais e a renúncia de qualquer vontade em favor dos interesses da instituição.

Um local de residência e trabalho onde um elevado número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1992, p. 11)

Em contrapartida a esses lugares e o modo de tratamento, houve no Brasil um movimento político e social, com ascensão nos anos 90, inspirado na movimentação europeia. Esse, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, surge do conhecimento da população, por meio das denúncias sobre a falta de assistência digna à população com transtornos mentais e as péssimas condições de trabalho dos profissionais.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira é definido por Amarante (2011, p. 91) como o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivo e estratégia, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Constituir-se em espaço de luta não- institucional, em lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformações psiquiátricas, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2011, p. 58).

Um desses espaços de luta é a I Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu no Rio de Janeiro em 1987. Sua estrutura foi alicerçada em três temas base: 1º Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2º Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; 3º Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1987). Em seu Relatório Final, traz a discussão sobre as implicações sócio-político e econômicas que refletem em uma sociedade desigual, indicado pela precariedade das condições de vida de grande parte da população (BRASIL, 1987).

Inúmeros acontecimentos, discussões, articulações e lutas foram traçadas para modificar o paradigma da exclusão das pessoas que conviviam com alguma questão de saúde mental, e para as diferentes compreensões do que é, e como viver com, ou na presença de alguém, considerado anteriormente louco.

Com muita luta dos movimentos sociais em 1988, a Constituição Federal,

conhecida também como Constituição Cidadã, torna a Saúde um direito de todos e dever do Estado. E em 1990, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, regulamenta em todo o território nacional o Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A partir disso, o Estado é o responsável por prover a Saúde, a Assistência e a Previdência, porém esse dever não exclui as responsabilidades individuais, familiares e do mercado. Como descrito na referida lei:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

No campo da saúde mental, as lutas resultaram em lei nacional, em 2001, com a Lei Federal 10.216 de 6 de abril, conhecida popularmente como a lei da reforma psiquiátrica, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, e dispõem sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, a referida lei traz:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001)

A partir disso, ao analisarmos a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, é possível perceber que a organização está diretamente ou em conformidade com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. A Saúde, a partir de imensas conquistas dos movimentos supracitados, passa a ser compreendida não mais como a ausência de doença, mas como multicausal, ou seja, existem determinantes e determinações sociais, políticos e econômicos, que influenciam o que é considerado saúde ou a falta dela. Ressaltando, *com a devida participação da sociedade e da família* (BRASIL, 2001).

Com os avanços das leis, da maneira de pensar o cuidado em saúde, e em consonância com a consolidação do SUS a atenção à saúde no país começa se

organizar em Redes de Atenção, conforme regulamenta a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRAZIL, 2010).

Entre essas está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que através da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, à institui no âmbito do SUS. É dividida por níveis de atenção, sendo, atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial.

Essa rede, a RAPS, parte da lógica que orienta a ação profissional e organiza os meios de trabalho, a fim de propor um novo modelo de atenção em saúde mental, visando o acesso e a efetivação de direitos dos indivíduos e suas famílias, alicerçado nas reformas anteriormente citadas, privilegiando a convivência e a permanência em sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, do básico até a alta complexidade (PAIM, 2008).

A RAPS, traz os princípios de território, autonomia e reinserção social. Sendo assim, essa rede possui como serviço ordenador a atenção primária à saúde (APS) que se estabelece como ponto central para o acesso aos outros serviços. A APS deve estar próxima aos sujeitos, fazer parte da realidade daquele território, conhecer e cuidar de forma cotidiana da sua população adstrita, trabalhar com a prevenção e proteção de doenças e agravos, promoção de saúde e qualidade de vida.

Para tanto deve estar preparada e disponível para ouvir, acolher e cuidar de 85% das demandas de saúde (MENDES, 2011), incluindo as demandas de saúde mental de seus usuários e familiares. Alicerçada e respeitando os princípios do SUS e do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, priorizando o cuidado no território, em liberdade e com garantia de todos os direitos civis e sociais adquiridos ao longo das lutas da classe trabalhadora.

Assim sendo, e a partir da vivência em uma ESF, compreende-se a realidade dos serviços que são compostos por equipes mínimas, que acabam ficando sobrecarregadas, e assim não conseguem dar conta de todas as demandas de cuidado no território. Ficando a responsabilidade, pelo cuidado cotidiano, para a família, ocorrendo assim a desresponsabilização do Estado, pois saúde não é mais ausência de doença, e sim a soma de determinações e determinantes sociais de saúde. Quando o Estado não consegue manter o básico para a sobrevivência dos cidadãos, ele não está cumprindo o dever de provedor da saúde.

Ademais, as políticas existentes cumprem o papel de dar respostas residuais e temporárias, em que são focalizadas nas famílias em situações-limites. Sendo essas, políticas centralizadas na Família, que são responsabilizadas a atuarem como protagonistas no cuidado. Ocorrendo de maneira reformista e positivista em que se coloca o Estado, a Família e o Mercado como parceiros em mesmo nível de capacidade, privilegiando assim quem possui condições técnicas, financeiras e entre outras para desempenhar o papel do trabalho cuidar, como traz a autora

No campo da proteção social, a novidade introduzida foi a parceria entre Estado, mercado e sociedade, ou esquemas pluralistas, os quais tiveram apelo muito mais ideológico do que prático. Análises mais acuradas das tendências desse esquema plural ou misto de bem-estar social(...) mostram que as soluções referentes à pobreza e à chamada exclusão social têm sido cada vez mais procuradas na sociedade e baseadas no recurso estratégico da solidariedade informal e voluntária, envolvendo a família, a vizinhança, os grupos de amigos. Com isso, o Estado vem abrindo mão de seu protagonismo como provedor social, tornando cada vez mais focalizadas as políticas, enquanto o mercado ocupa-se em privilegiar o bem-estar ocupacional que protege apenas quem tem emprego estável e bem remunerado (Pereira,2002, p.39)

Estas modificações ocorrem em consonância com o desenvolvimento do capital, e as investidas neoliberais, onde ocorre uma redução nos gastos públicos, e o 3º setor ganha força, para suprir estas demandas, ocorrendo desta forma medidas considerada por vários autores/as sobre o tema, como medidas familistas. Resultando no estabelecimento de papéis sociais de gênero no interior das famílias. Papéis esses presentes em toda a sociedade, refletindo na família, para que se consiga suprir as demandas que o Estado vem abrindo mão.

### **3.2 Divisão sexual do trabalho nas famílias cuidadoras de usuários de saúde mental na atenção primária à saúde**

Não apenas uma construção privada, mas também pública, a família, possui um papel importante na estruturação da sociedade, tanto nos aspectos sociais, quanto políticos e econômicos. A partir disso pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas”, ou seja, está longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pelas expressões da questão social” (MIOTO; LIMA, 2004).

Historicamente a família não é reconhecida e trabalhada como uma unidade, como um todo que recebe influência e é reflexo do externo, mas sim de maneira segmentada. E quando citada a estrutura família é para deixar em evidência suas



obrigações e deveres. Assim a família só é vista como um núcleo, ou uma rede, conforme se faz necessário para a ordem do capital, sendo esta estrutura responsabilizada pelo bem-estar social de seus membros.

Levando em consideração o processo de compreensão da saúde no Brasil, da clínica ampliada e dos determinantes e determinações sociais. Quando um usuário chega na atenção primária à saúde trazendo uma necessidade ou demanda, não podemos mais compreender como um problema individual ou familiar. Mas sim, como expressões de necessidades humanas, que não estão sendo supridas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista. Sendo assim, torna-se possível desvincular a ideia de que essas demandas expressas nas famílias e pelas famílias são problemas de família, ou seja, não se trata de competência ou incompetência desses sujeitos.

A família é uma estrutura privilegiada de intervenção do Serviço Social desde os primórdios da profissão, em que o alvo predominante do exercício profissional é o trabalhador e a sua família, em todos os espaços ocupacionais. (IAMAMOTO, 1983). O profissional assistente social não faz parte da equipe mínima de atenção primária à saúde. A equipe mínima é formada por poucos núcleos profissionais, comparada com a demanda do território de abrangência e o número de famílias. A ESF específica, em que foi campo de vivência, não possui cobertura do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Assim, se faz necessário a retomada cotidiana dos objetivos desse serviço, para não culpabilizar as famílias que vêm sendo cada vez mais chamadas a responder pela provisão de bem-estar.

Destaca-se a importância de lembrar que dentre os objetivos da ESF, possui o de “eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p.10). O que se torna bastante desafiador pelo número de famílias que fazem parte da população adstrita e o número de profissionais da equipe mínima, como anteriormente citado. Ou seja, as famílias que estão em constante procura, possuem a ESF e seus profissionais como referência, aquelas que não acessam por inúmeros motivos acabam muitas vezes passando despercebidas, ocorrendo uma procura ao serviço de saúde em suas situações limites.

De acordo com Rosado (2011), para evitar cair na responsabilização da família, a atenção primária deve “ocorrer associada à disponibilização de serviços das demais unidades de atenção no SUS”, o que exige reordenação dos serviços de saúde e de

recursos disponíveis, em articulação com outros serviços sociais e instituições da sociedade. Assim se faz necessário a articulação de rede, para além da política e serviços de saúde, com a assistência, a educação, a habitação, a previdência e entre outros serviços.

Ademais, quando estamos falando de qualquer questão de saúde, e principalmente de saúde mental, é necessário a assistência familiar para que ela consiga, já que os serviços, e a estrutura das políticas públicas no geral, não conseguem cuidar por completo. Ou seja, que a família em sua grupal idade seja capaz de responder aos cuidados que seu familiar com questões de saúde mental demanda em seu cotidiano" (Nogueira e Costa, 2011).

No interior das estruturas familiares e analisando os papéis sociais impostos pela sociedade capitalista, em que o trabalhador necessita vender sua mão de obra. Para o homem fica o papel de responsável por suprir as necessidades básicas da família, sendo assim, cumpre sua carga horária fora do lar, já o papel de cuidadora resta para a mulher que possui ou não laços consanguíneos (ROSA, 2018). E quando a mulher além de cuidadora é chefe do lar, ela exerce dupla ou tripla jornada de trabalho. Sendo assim, na família que cuida, a mulher exerce papel fundamental (Gonçalves e Sena, 2001).

Para mais, a mulher ganha destaque como representante da família do usuário de serviços públicos de saúde mental no Brasil. Esse fato reflete a sociedade capitalista, patriarcal e hierárquica que se divide por classe e gênero, e se distribui em funções e papéis distintos para cada indivíduo, e no interior das famílias não seria diferente. Conforme as ideias de Rosa e Alves (2012), o estigma que permeia as questões de gênero é atribuído a ideia de que cabe às mulheres, atividades relacionadas ao cuidado: maternidade, tarefas domésticas, família, o que acaba por excluir mulheres que não adotam esses hábitos e as culpabiliza e responsabiliza pelos conflitos internos as famílias.

Desta forma, o papel que a figura feminina ocupa na família e na obrigação do cuidado, acaba reforçando os conjuntos de crenças baseados em um sistema de pensamento patriarcal, que permanece no imaginário contemporâneo (SOUZA, OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2014), trazendo e acentuando desigualdades, além de diversos percalços no estabelecimento de políticas públicas mais coerentes voltadas à atenção às famílias cuidadoras e conseqüentemente as mulheres.

Ademais, faz necessário refletir sobre o cuidado também como trabalho, e pensar esse através da divisão sexual do trabalho na sociedade capitalista. Para Antunes (2009, p 109):

As relações entre gênero e classe nos permitem constatar que, no universo do mundo produtivo e reprodutivo, vivenciamos também a efetivação de uma construção social sexuada, onde os homens e as mulheres que trabalham são, desde a família e a escola, diferentemente qualificados e capacitados para o ingresso no mercado de trabalho. E o capitalismo tem sabido apropriar-se desigualmente dessa divisão sexual do trabalho.

Acrescentando, a autora Cisne (2012) ressalta que o capitalismo se utiliza de maneira desigual da divisão sexual do trabalho, visto que essa é resultado do patriarcado que se sobressai com o sistema capitalista. Portanto o sistema influencia as relações que se estruturam em papéis sociais dentro das famílias, e assim estabelecem lugares para os membros, colocando as mulheres como cuidadoras, que compõem importante papel na reprodução da força de trabalho em âmbito familiar. Até poucas décadas atrás, a sociologia tratava como subdisciplinas separadas, o que era trabalho e a família. Em que o conceito de trabalho era referido apenas ao trabalho remunerado, e exercido basicamente pelos homens. Já nas últimas décadas, o pensamento feminista aliado a todas as lutas, conquistou mudanças de paradigmas nos vários temas que afetavam a vida das mulheres. Argumentou também, que trabalho e família não só estão intrinsecamente ligados, mas a forma como se relacionam produz e reproduz hierarquias, diferenças e desigualdades de gênero (HIRATA; KERGOAT, 2007).

As análises desse novo cenário de interação entre trabalho e família deram origem ao termo *care* (cuidado), que passou a se referir às atividades realizadas para assistir as pessoas dependentes, e, por outro, o trabalho relativo aos afazeres domésticos que são oferecidos a pessoas que poderiam, por elas mesmas, executá-los adequadamente (SORJ, p. 481-482, 2013)

No que se refere à definição do *care*, para Hirata (2010, p.48) ele seria o “tipo de relação social que se dá tendo como objeto outra pessoa.” Assim, o cuidado, a solicitude, a preocupação com o outro, estar atento a suas necessidades, todos esses significados estão presentes na definição do *care*. Hirata refere ainda que o *care work* ou *trabalho do care*, embora diga respeito a toda sociedade, é realizado principalmente pelas mulheres no interior da família. Cabe lembrar também que

quando o trabalho produtivo é realizado no espaço doméstico, o capital, ao explorar a mulher enquanto força de trabalho, apropria-se com maior intensidade dos seus “atributos” desenvolvidos nas suas atividades reprodutivas, vinculados às tarefas oriundas de seu trabalho reprodutivo. Dessa forma forma, além de o capital intensificar a desigualdade de

gênero na relação do trabalho, ele acentua a dimensão dúplice de sua exploração, ou seja, explora o trabalho feminino tanto no espaço produtivo quanto depende desse no espaço reprodutivo (Nogueira, 2013, p.206)

A partir dessas perspectivas, Saffioti (1994) argumenta que conceber gênero como uma relação entre sujeitos é fundamental para demarcar o campo de batalha e identificar o adversário. Ou seja, o inimigo da mulher não é o homem, nem enquanto indivíduo, nem como categoria social. O “alvo a atacar” passa a ser, o padrão dominante das relações e papéis de gênero, e o sistema patriarcal e capitalista que se utiliza desse trabalho informal realizado majoritariamente por mulheres, disfarçado de cuidado, amor e obrigação, para minimizar as obrigações do Estado como mantenedor da seguridade social.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O relato sobre o tema, divisão sexual do trabalho nas famílias com usuários(as) em saúde mental na APS, merecem mais atenção na literatura acadêmica e no campo da saúde mental. Além disso, merece atenção no cotidiano dos serviços, no atendimento prestado à população, desde o acolhimento até a consulta médica, das ações realizadas no território até as visitas domiciliares.

Não pode ser negado todos os avanços que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, com muita luta, conquistou para os(as) usuários(as), trabalhadores(as) e para os serviços. Porém, faz-se necessária a compreensão de que o movimento ainda segue, e que muitas vezes as demandas da rotina fecham nossos olhos para ver além da doença, para compreender o sujeito como um todo, pensando na sua família e em quem o cuida.

A reflexão a partir da vivência é, se por um lado a reforma retira dos asilos as pessoas com questões (ou não) de saúde mental, no movimento de desinstitucionalização, e cria uma rede de dispositivos para o acompanhamento desses usuários, por outro, por conta da austeridade dos gastos públicos, conseqüentemente a retomada da família como cuidadora ocorrendo a naturalização do trabalho informal, o cuidar, como algo inerente ao grupo familiar e quase que exclusivamente realizado

pelo sexo feminino.

Reconhecendo, a partir da literatura e da vivência como assistente social residente, que o sistema de saúde não consegue receber e conceder suporte às famílias e às equipes de saúde. Por carência de serviços institucionais efetivos, que são majoritariamente compostos por equipes reduzidas, com falta de disponibilidade dos profissionais para compreender, ouvir, e reconhecer as subjetividades e objetividades do cuidado em saúde mental.

Estas modificações ocorrem em consonância com o desenvolvimento do capital, e as investidas neoliberais, em que ocorre uma redução nos gastos públicos, e o terceiro setor ganha força, para suprir estas demandas, ocorrendo desta forma medidas familistas. Resultando no estabelecimento de papéis sociais de gênero no interior das famílias. Papéis esses presentes em toda a sociedade, refletindo na família, para que se consiga suprir as demandas que o Estado vem abrindo mão.

Por consequência, ocorre a sobrecarga e a responsabilização do cuidado para a família. E se ou quando a família conseguir ofertar todas as necessidades básicas de sobrevivência, for capacitada ou tiver recursos financeiros, ela poderá cuidar das questões de saúde mental de seu membro, sem o auxílio dos serviços institucionais e públicos.

Sendo assim, as mulheres, acabam por anular sua identidade de mulher, em prol de ser cuidadora, que vive por e em função de outra pessoa, que necessita do seu cuidado. Sem ser reconhecida, e sem estar preparada para tal função, pois a cuidadora também necessita ser cuidada, também é uma cidadã de direitos.

Portanto, para evitar a responsabilização e culpabilização da família, a APS deve estar associada à disponibilização de serviços das demais unidades de atenção no SUS, o que exige reordenação dos serviços de saúde e de recursos disponíveis, em articulação com outros serviços sociais e instituições da sociedade. Assim, faz-se necessário a articulação de rede, para além da saúde, com a assistência, a educação, entre outros serviços.

Por fim, ressalta-se que a figura ligada ao trabalho cuidar é a da mulher, como pode ser percebido. Compreender as relações de gênero, como um fenômeno histórico e social, e não natural, faz-se necessário. É fundamental para a transformação da divisão sexual do trabalho no interior das famílias, e do reconhecimento do cuidar como trabalho, e que esse não é função apenas da função ocupada pela mulher, mas também para a implementação de políticas públicas com enfoque de gênero, que compreendam a realidade das famílias brasileiras.

## 5 REFERÊNCIA

ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo, SP: Boitempo, 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 1988. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns\\_m\\_relat\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_relat_final.pdf). acesso em: 12 dez.2021.

BRASIL. Lei N°. **8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 05 julho. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União** 2001; 9 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de setembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. [internet]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> Acesso 03 Maio. 2021.

BRASIL, C. da C. et al. A política da saúde e a centralidade da família: um olhar sobre as conquistas e desafios da Estratégia Saúde da Família. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICA, 5., São Luís, 2011. [CD- ROM.] MIOTO, RCT. MARTA, S, C. CARLOTO, M (orgs.). **Familismo Direitos e Cidadania. Construção da política social**. São Paulo: Cortez, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 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).. Brasília, DF. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em 26 nov.2021.

CARLOTO, Cássia; MARIANO, Silvana. A família e o foco nas mulheres na Política de Assistência Social. Sociedade em Debate, Pelotas, 14(2): jul-dez, 2008. pg.1.

CISNE, Mirla. Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade**. In: Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43015/29726>> Acesso em 02 fev. 2022.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FUREGATO ARF, Silva EC. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. Texto & Contexto Enferm. 2002; 11(3):51-6.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto,

v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GUTIERREZ D, Minayo MC. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família** <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danielle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

IAMAMOTO, M. **esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2º edição. Brasília. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf) . acesso em: 12 dez.2021.

MIOTO, R.C.T.; LIMA, T.C.S. **Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis**. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Brasília: CEAD, 2004. mod. 4

MIOTO, R. C. T. **A produção acadêmica sobre trabalho social com famílias**. Florianópolis, 2015.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **O trabalho duplicado. A divisão sexual do trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras de telemarketing**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, C. da C; COSTA, L. FEA. da. Política de saúde mental e o cuidado familiar: convivendo com a diferença. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICA, 5., São Luís, 2011. [CD-ROM.]

MIOTO, R, C, T. MARTA, S, C. CARLOTO, M (orgs.). **Familismo Direitos e Cidadania. Construção da política social**. São Paulo: Cortez, 2015

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573

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

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Estado, regulação social e controle democrático**. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez 2002.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2.ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV. 2008 Disponível em <[http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic\\_profissoes\\_saude.pdf](http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic_profissoes_saude.pdf)> Acesso em: 03 abr. 2021.

ROSA, L. C. S.; MASCARENHAS, ALVES. F. **Afinal, O Que Faz O Serviço Social Na Saúde Mental?**. Serviço Social & Saúde (UNICAMP), v. 13, p. 43-66, 2012.

ROSA, L.C.S. Trabalho com Famílias na Perspectiva da Política de Saúde Mental Brasileira. In: **Trabalho com Famílias: No âmbito das políticas públicas**. Papel Social, Campinas. 2018.

ROSADO, I.V.M. A dimensão educativa da estratégia saúde da família: reproduzindo o modelo curativo ou construindo o protagonismo dos sujeitos. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS

PÚBLICAS, 5, São Luís, 2011 [CD-ROM] MIOTO, R,C,T. MARTA, S, C. CARLOTO, C, M (orgs.). **Familismo Direitos e Cidadania. Construção da política social.** São Paulo: Cortez, 2015

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Posfácio: conceituando o gênero. In: SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ VARGAS, M. (Org.). *Mulher brasileira é assim.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília: UNICEF, 1994. p. 271-283.

SORJ, Bila. **Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil.** In: Cadernos de Pesquisa v.43 n.149 p.478-491 maio/ago. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/N4CfkgXHT8Gtgsr4RvDNhtP/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 02 fev. 2022.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência.** São Paulo: Perseu Abramo; Secretaria Municipal de Cultura, Brasiliense, 2011.

SOUZA, M.R.R.; OLIVEIRA, J.F; NASCIMENTO, E.R. **A Saúde de Mulheres e o Fenômeno das Drogas em Revista Brasileiras.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 92-100, jan.mar.2014.

VELOSO, Renato. Notas introdutórias sobre o debate das relações de gênero. Revista Universidade e Sociedade. São Paulo: Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, 2003. disponível na revista <file:///C:/Users/berge/Downloads/Dialnet-GeneroMarxismoEServicoSocial5017161.pdf> Acesso em: 05. fev.2022.