Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Gênero e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil

Camila J Muylaert

**Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
vida e Sociedade.**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto O. Advincula
Reis**

SÃO PAULO

2016

Gênero e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil

Camila J Muylaert

**Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
vida e Sociedade.**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto O. Advincula
Reis**

SÃO PAULO

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Alberto Olavo Advincula Reis, pela contribuição e ensinamentos durante o processo de mestrado e de doutorado.

Agradeço aos participantes da qualificação Prof. Dra. Damares Pereira Vicente e Prof. Dra. Fabíola Zioni, que contribuíram na elaboração da pesquisa. Agradeço aos participantes da banca: Prof. Dra. Damares Pereira Vicente, Prof. Dra. Patricia Santos de Souza Delfini, Prof. Dr. Modesto Leite Rolim Neto e Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz. E aos suplentes: Prof. Dra. Maria Cristina Vicentin, Prof. Dra. Edith Lauridsen-Ribeiro, Prof. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva e Prof. Dra. Fabíola Zioni, pela disponibilidade em ler o trabalho e contribuir para seu aprimoramento.

Agradeço às coordenadoras dos CAPSi, que abriram as portas do serviço para a realização da pesquisa e contribuíram para que os profissionais se organizassem para participar, principalmente dos grupos focais que demandavam certa logística que envolvia toda a instituição.

Agradeço aos profissionais que se dispuseram a participar das entrevistas, dos formulários e dos grupos focais.

Agradeço ao Moacyr Bertolino Neto, Maria Margarida Prates, Marcia, Flavia Blikstein e Patricia Delfini, por todo apoio para a realização do trabalho.

Agradeço ao Vicente Sarubbi Junior pelo apoio teórico sobre as representações sociais e os ensinamentos sobre a utilização do software EVOC, fundamentais no processo de análise dos resultados obtidos.

Agradeço aos membros do LASAMEC pelas ricas e constantes trocas. Ao Luciano Sanfilippo de Macedo e Nina Donato, pela contribuição nos pré-testes. Aos amigos Flavia Blikstein, Maria Fernanda Oliveira, Isabella Teixeira Bastos, Luciano Sanfilippo de Macedo, Tatiane Guimarães Pereira, Patrícia Santos de Souza Delfini, Alina Zoqui e Talita, pelas contribuições e participações na pesquisa, bem como pelos encontros animados e divertidos.

Agradeço às amigas: Carmen e Ligia, que além de toda ajuda nas burocracias institucionais e nas funções do Word, em muitas ocasiões cuidaram da minha filha Clarinha com muito carinho. Agradeço aos profissionais da Faculdade de Saúde Pública pelo trabalho que tem com cada trabalho de mestrado e doutorado que ocorrem.

Agradeço à Fundação de amparo à pesquisa do estado de São Paulo – FAPESP, pelo apoio financeiro. E ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo apoio financeiro.

Agradeço ao meu marido Eduardo Mesquita pela paciência e investimento em mim em todo esse longo caminho acadêmico. Agradeço à minha filha Clara por ela existir em minha vida e ao bebê, que está na minha barriga, por já participar de tudo que ocorre aqui fora.

MUYLAERT CJ. Gênero e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

RESUMO

Introdução: Historicamente vivemos em uma cultura em que as relações sociais e de trabalho foram construídas marcadas pelo binarismo: homem e mulher, sendo os trabalhos relacionados aos cuidados, lote de mulheres, desvalorizados socialmente e culturalmente. Essa realidade está imbricada no tratamento de crianças e adolescentes de CAPSi. **Objetivo:** Caracterizar como o gênero, enquanto instituição socialmente construída, repercute nas relações profissionais e interpessoais no âmbito dos CAPSi e nos cuidados dispensados aos usuários dos serviços e aos seus familiares. **Método:** Pesquisa exploratória e descritiva, caracterizada por abordagem quantitativa e qualitativa de análise dos dados. O referencial metodológico se baseou na teoria das representações sociais, bem como na análise temática de conteúdo. Utilizou-se da triangulação dos resultados obtidos nos três instrumentos empregados: formulário, entrevistas e grupos focais em 2 CAPSi no estado de São Paulo, totalizando 50 sujeitos. Para a análise dos resultados utilizou-se o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, bem como as teorias de gênero com alguns conceitos advindos da psicanálise. **Resultados e Discussão:** A inserção social dos usuários consiste no principal objetivo do trabalho nos CAPSi, entretanto, é confundida com a normatização das crianças e adolescentes. Os profissionais do sexo feminino revelam dificuldade em separar a vida pessoal e profissional. Há implicações de gênero tanto no cuidado oferecido aos familiares dos usuários como dos familiares em relação aos profissionais. Responsabilizam-se as mães pelas dificuldades na condução do tratamento e pelo adoecimento dos filhos, principalmente do sexo masculino. A noção de gênero não é apropriada pelos profissionais, que a confundem com problemas sexuais e a associam às patologias. Observa-se que os meninos são vistos como mais agressivos, enquanto as meninas ficam no lugar de vítima indefesa que tem que ser acolhida. A naturalização da loucura feminina no próprio corpo revela que estamos presos aos estereótipos e preconceitos. **Considerações finais:** O binarismo marca as relações entre os profissionais de CAPSi, associando os homens à força física e as mulheres ao cuidado. A crença de que há um instinto feminino de cuidar contribui para que os CAPSi se constituam como um equipamento social com uma identidade que é socialmente atribuída ao feminino, fazendo deles instituições com regras pouco claras, em que faltam objetividade e praticidade, em que o lugar da lei é atribuído às instituições externas, que simbolizam o masculino. Romper com a lógica binária e pensar novas formas de lidar com as crianças e adolescentes é muito importante, uma vez que os próprios profissionais já percebem dificuldades pelo fato do serviço estar plasmado em um universo feminino. É fundamental, tanto para os profissionais de CAPSi como para os formuladores de políticas públicas uma maior consciência de como esses equipamentos e as ações neles desenvolvidas são atravessados pelas diferenças entre os gêneros. Negar essas diferenças apenas as reforça, o caminho para serem superadas ou transformadas é serem discutidas e compreendidas.

Descritores: saúde mental, identidade de gênero, serviços de saúde mental, saúde pública, infantojuvenil.

MUYLAERT CJ. Gender and Care in the field of infant and juvenile mental health care [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2016.

ABSTRACT

Introduction: We live historically in a culture in which social and work relationships have been built based on the binarism: the man and the woman. Therefore, care activities are related to women and are social and culturally belittled. That reality is embedded in infant and juvenile treatment in mental health care centers. **Objective:** Apprehend how gender, as a social constructed conception, permeates professional and interpersonal relationships in the scope of mental health institutions for children and adolescents (CAPSi) and in the care dispensed to children/adolescents and their families. **Method:** Exploratory and descriptive research, characterized by quantitative and qualitative approach. The methodological approach was based on the theory of social representations and the thematic content analysis. A data triangulation was used based on the following three instruments: forms, interviews and focal groups that took place at 2 "CAPSi" in São Paulo state, Brazil, totalizing 50 participants. The data gathered were analyzed using concepts from the Psychiatric Reform, gender theories and psychoanalysis. **Results and Discussion:** The main objective of CAPSi is the social insertion of children/adolescents, however, it is confused with their adaptation to social patterns. Female workers reveal difficulties in separating personal and professional life. There are gender implications not only in the care offered to family members, but also in the relationship between families and professionals. Mothers are often responsabilized by difficulties in conducting the treatment of children and also by their illness, especially in the case of male children. The notion of gender is not appropriate by professionals that confuse it with sexual problems and associated pathologies. It was observed that the boys are seen on a more aggressive pattern, while girls are considered the helpless victim that needs to be protected. The naturalization of female madness as in their own bodies reveals that we are held in stereotypes and prejudices. **Final Concerns:** The binarism man and woman marks the relationship among CAPSi professionals, which associate men to physical force and women to care. The belief of woman's innate instinct for caring contributes to the constitution of CAPSi as a social device with a socially attributed female identity, resulting in an institution with unclear rules, lack of objectiveness and practicality; where the law function is assigned to external institutions that symbolize the masculine. Breaking the binary logic and finding new ways of dealing with children and adolescents is essential, since the professionals themselves already perceive difficulties as the service is constituted in those female patterns. It is essential for both CAPSi professionals and public policies formulators that a greater awareness of how equipment and their actions are crossed by gender differences. Denying these differences only reinforces them, the path to overcome or transform them is to fully comprehend and treat accordingly.

Descriptors: mental health, gender identity, mental health services, public health, children and adolescents.

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO - A RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM DO PROBLEMA.....	1
2.	INTRODUÇÃO	8
2.1	A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	8
2.1.1	O CAMPO DA SAÚDE MENTAL	8
2.1.2.	BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	11
2.1.3.	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS - OS CAPSi.....	15
2.1.4.	O CUIDADO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAUDE MENTAL.....	18
2.2.	A CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO	21
2.2.1.	A CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE GÊNERO E LOUCURA	21
2.2.2.	RELAÇÕES DE GÊNERO NA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	28
2.3.	RELAÇÕES DE GÊNERO E O TRABALHO DE CUIDAR.....	31
2.3.1.	O TRABALHO DE CUIDAR	31
2.3.2.	O MASCULINO, O FEMININO E O CUIDADO	36
2.3.3.	DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO DE CUIDAR	41
3.	HIPÓTESE E OBJETIVOS	46
3.1.	HIPÓTESE	46
3.2.	OBJETIVOS	46
3.2.1.	GERAL.....	46
3.2.2.	ESPECÍFICOS:	47
4.	MÉTODO	48

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	48
4.1.1. CAPSI 1	49
4.1.2. CAPSi 2	51
4.2. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA.....	52
4.2.1. TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS UTILIZADAS	52
4.2.2. SUJEITOS DA PESQUISA.....	53
4.3. CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	56
4.3.1. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL E O USO DO SOFTWARE EVOC	58
4.3.2. AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	62
4.3.3. OS GRUPOS FOCALIS.....	63
4.3.4. ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO: ENTREVISTAS E GRUPOS FOCALIS.....	67
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	70
5.1. EVOC.....	70
5.2. GRUPOS FOCALIS	78
5.3. A CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS E TEMAS	81
6. DISCUSSÃO	84
6.1. A EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE CAPSI NO CUIDADO	84
6.1.1. CAPSI - MODELO EM CONSTRUÇÃO	84
6.1.2. DIFICULDADES NO TRABALHO EM CAPSI	86
6.1.3. O TRABALHO NOS CAPSI - ENVOLVIMENTOS E AFETOS	89
6.2. O TRATAMENTO EM CAPSi.....	100

6.2.1. OBJETIVOS DO TRABALHO E AÇÕES PARA CONCRETIZÁ-LOS.....	100
6.3. RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM OS FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CAPSi E GÊNERO	117
6.3.1. DIFICULDADES EM LIDAR COM OS FAMILIARES DOS USUÁRIOS	117
6.3.2. AS MÃES: CUIDAM OU ENLOUQUECEM?	121
6.3.3. INFLUÊNCIAS DE GÊNERO NA RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE CAPSi E FAMILIARES	128
6.4. A COMPREENSÃO QUE OS PROFISSIONAIS DE CAPSi TEM SOBRE O CONCEITO DE GÊNERO	133
6.4.1. O QUE É GÊNERO?	133
6.4.2. EQUILÍBRIO NO NÚMERO DE PROFISSIONAIS HOMENS E MULHERES SERIA BEM VINDO?	139
6.5. CAPSi - AMBIENTE FEMININO	144
6.5.1. POR QUE HÁ MAIS PROFISSIONAIS MULHERES NOS CAPSi?.....	144
6.5.2. O VALOR DO MASCULINO	151
6.6. RELAÇÕES DE GÊNERO NO OLHAR DOS PROFISSIONAIS PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	156
6.6.1. O UNIVERSO DOS MENINOS E DAS MENINAS	156
6.6.2. AS PATOLOGIAS FEMININAS E MASCULINAS.....	161
6.6.3. COMO OS PROFISSIONAIS EXPLICAM O FATO DE HAVER MAIS MENINOS QUE MENINAS EM CAPSi E O FATO DOS MENINOS CHEGAREM MAIS NOVOS QUE AS MENINAS.....	164
6.6.4. INFLUÊNCIAS DE GÊNERO NA FORMA COMO OS PROFISSIONAIS LIDAM COM OS USUÁRIOS DE CADA SEXO.....	171
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
8. REFERÊNCIAS.....	190

ANEXOS	204
ANEXO I - FORMULÁRIO	204
ANEXO II - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:.....	207
ANEXO III - ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS.....	208
ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA E FORMULÁRIO)	209
ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL).....	210
CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR	211
CURRÍCULO LATTES DO AUTOR.....	212

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro de distribuição de Vergès dos termos evocados, com os estímulos indutores: “Cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais” e “Cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais”. 71

Quadro 2: Quadro de distribuição de Vergès dos termos evocados, com os estímulos indutores: “Cuidado profissional de meninas com transtornos mentais” e “Cuidado profissional de meninos com transtornos mentais”..... 74

Quadro 3: Quadro de distribuição de Vergès dos termos evocados, com os estímulos indutores: “Meninas com transtornos mentais” e “Meninos com transtornos mentais”. 76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos participantes do EVOc. 54

Tabela 2: Caracterização dos sujeitos participantes do GF no CAPSi 1. 55

Tabela 3: Caracterização dos sujeitos participantes do GF no CAPSi 2. 55

Tabela 4: Caracterização dos sujeitos participantes das entrevistas individuais semi-estruturadas nos CAPSi. 56

Tabela 5: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais (de profissionais ou familiares). 73

Tabela 6: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais (de profissionais ou familiares). 73

Tabela 7: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado profissional de meninas com transtornos mentais. 75

Tabela 8: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado profissional de meninos com transtornos mentais. 75

Tabela 9: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: Meninas com transtornos mentais..... 77

Tabela 10: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: Meninos com transtornos mentais..... 78

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

CID - Classificação internacional de doenças

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EVOC - Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse de Évoctions - Conjunto de Programas para a Análise de Evocações

Fundação ABRINQ - Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos

GF – Grupo Focal

HNA - Hospital Nacional de Alienados

ILSI - International Life Sciences Institute

OME - Ordem Média de Evocações

OSS - Organização Social de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UR - Unidades de Registro

TEA- Transtorno do Espectro Autista

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. APRESENTAÇÃO - A RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM DO PROBLEMA

Meu interesse em estudar os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) se iniciou na graduação em psicologia na PUC-SP, onde os professores se referiam a essa instituição como o que havia de mais inovador no campo da saúde mental. Em meu trabalho de iniciação científica cujo título é "Os sentidos e significados da diversidade entre alunos da rede pública de São Paulo, segundo uma professora", iniciei meus estudos sobre a infância e a adolescência que me acompanhou durante toda a graduação.

Ao terminar a faculdade ingressei em um Programa de Aprimoramento Profissional no CAPS Itapeva com a duração de 1 ano. O convívio com pessoas em intenso sofrimento psíquico e com a equipe de cuidados suscitou-me diversas questões que procurei compreender e abordar em meu trabalho de mestrado: "Formação, vida profissional e subjetividade, narrativas de trabalhadores de CAPSi" que foi realizado no departamento de saúde materno infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Durante o doutorado participei de uma pesquisa sobre aleitamento materno e uso de fórmulas infantis, financiada pela ILSI (International Life Sciences Institute), que me trouxe elementos importantes para refletir sobre o lugar social da mulher e as dificuldades enfrentadas para se manter na vida profissional com o nascimento de filhos. Além disso, ministrei oficinas que eram parte de um projeto financiado pela Fundação ABRINQ - Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos que visava à redução de mortalidade materno infantil em municípios vulneráveis do estado de São Paulo. Nesse processo, entrei em contato com a realidade de mulheres que sofrem diversos tipos de violência e muitas vezes se calam por achar que é assim que deve ser. Além disso, nesse período me tornei mãe e vivenciei a experiência da maternidade.

Todo esse percurso me alertou para a importância de olhar para as questões de gênero e compreendi que seria rico juntar a saúde mental infantojuvenil às questões de gênero. Ao realizar a revisão bibliográfica, percebi que esse tema, apesar de sua grande relevância, é pouquíssimo estudado no âmbito da saúde mental.

Assim, pode-se dizer que o tema dessa tese me atravessa pessoalmente, uma vez que sou uma mulher atuando no campo da saúde mental infantojuvenil. Portanto, com o desenvolvimento dessa pesquisa, espero contribuir com o conhecimento acumulado e que possa gerar transformações da realidade atual em que as mulheres ocupam posições menos favorecidas em diferentes âmbitos.

Analogamente a posição social das mulheres, a saúde mental infantojuvenil também ocupa um lugar desfavorecido que merece atenção. Marcada por algumas características distintas do campo da saúde mental de adultos, ela começou a ser estudada posteriormente e, portanto teve outro caminho, marcado pela vinculação ao campo educacional e pela inerente assimetria nas relações entre adultos e crianças. No entanto, o campo da infância e adolescência vem ganhando importância ao redor do mundo e sendo gradativamente mais valorizado, bem como o campo a saúde mental infantojuvenil, tanto pela compreensão da importância dessa fase da vida como base e estrutura para a posteridade, portanto, determinante para fatores de saúde e desenvolvimento humano e social, como pelo crescente número de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

De acordo com RIBEIRO e PAULA (2013), de forma geral, em concordância com pesquisas realizadas ao redor do mundo, os estudos epidemiológicos nacionais apontaram taxas de prevalência de problemas de saúde mental variando entre 10 e 20%, o que coincide com MELLO et al. (2007) que encontraram a prevalência de 21% de problema de saúde mental na infância e na adolescência no Brasil. Por exemplo, o transtorno do espectro autista (TEA) vem se destacando com o grande aumento ao redor do mundo nos últimos anos.

Assim, RIBEIRO e PAULA (2013) indicam a necessidade de investir em pesquisa para compreender melhor como está ocorrendo o processo de atenção e em quais áreas há necessidade de alteração para atingir melhor efetividade das intervenções. Corroborando com LIMA et al. (2014) ao indicarem que a pesquisa avaliativa dirigida aos novos serviços de saúde mental, especialmente aqueles destinados a crianças e adolescentes, ainda tem muito a avançar no Brasil.

Pode-se constatar ainda a escassez de estudos que abordam o tema das relações de gênero no campo da saúde mental infantojuvenil e nos estudos sobre infância e adolescência. OLIVEIRA (2011) problematizou a ausência das relações de gênero nos estudos sociológicos sobre a infância, principalmente sobre as meninas, indicando que isso impede que a compreensão sociológica da infância avance. Assim como FINCO (2003) que relata ter se defrontado em seu estudo com as dificuldades em trabalhar com as questões de gênero na infância devido à carência de pesquisas sobre o tema, sendo que essa escassez é ainda maior na área da educação de crianças de 0 a 6 anos. Além disso, a autora aponta que as pesquisas existentes tendem a ser adultocêntricas, uma vez que estudam a criança a partir da ótica de adultos.

No âmbito da saúde mental, REIS (2010a) inicia uma discussão sobre essa temática ao observar haver diferenças importantes entre o diagnóstico de usuários de CAPSi (Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis) segundo o sexo, sendo que os diagnósticos atribuídos às crianças e adolescentes do sexo masculino quando comparados com a da população feminina são mais concisos e se apresentam de forma mais homogênea, enquanto os diagnósticos para a população feminina se espalham num grande leque.

O autor indica ainda que alguns transtornos atribuídos à população infantojuvenil masculina são, provavelmente, identificáveis com a atuação desses sujeitos no espaço social público. Além disso, observa que a ausência de diagnóstico é muito mais frequente nos prontuários de crianças e adolescentes do sexo feminino do que para os de sexo masculino, sugerindo uma invisibilidade do transtorno psíquico em meninas.

O autor aventa que para alguns transtornos a diferença entre os sexos pode estar ligada à sua significação social, à expectativa normativamente ligada ao comportamento de homens e mulheres, ao olhar condicionado de profissionais para algumas características atribuíveis ao sexo, ao preconceito e à intolerância institucional, uma vez que de acordo com REIS E ZIONI (1993) as próprias características atribuíveis à adolescência dita normal remetem-se ao viés de gênero.

Nesse sentido, REIS et al. (2012) observam que as meninas chegam mais tardiamente aos CAPSi que os meninos, revelando uma situação de maior vulnerabilidade feminina, iniciando uma discussão sobre o viés de gênero no campo da saúde mental. Corroborando com isso MUYLAERT et al. (2015) verificaram que a mulher se mantém como principal cuidadora de crianças e adolescentes usuários de CAPSi no Estado de São Paulo, mesmo nos casos em que são responsáveis pela renda, indicando a hegemonia do tradicional lugar do feminino na provisão de cuidados.

De acordo com SANTOS (2009), a sociedade brasileira contemporânea tem como desafio construir políticas públicas para saúde mental que levem em conta as relações sociais de gênero, o que significa questionar uma concepção reducionista e biologizante da saúde mental das mulheres ao incorporar o tema gênero no âmbito da saúde mental. Ou seja, oferecer atenção à população feminina de acordo com suas necessidades.

Nesse sentido, segundo VILLELA (2009), a maior sobrevida, o aumento dos casos de problemas físicos e mentais de saúde e o uso de substâncias são agravos à saúde cada vez mais frequentes na população feminina, e devem ser considerados no planejamento e organização das práticas de saúde. Acrescenta-se a isso a violência contra mulheres, que desemboca nos serviços sob forma de sintomas físicos e mentais variados, como mais um item do rol de problemas de saúde que devem ser enfrentados na busca de uma atenção integral.

Para ENGEL (1997), desde o século XIX as relações sociais são marcadas por “verdades” construídas e aceitas socialmente em relação à mulher e ao homem

de forma binária ou dicotômica (mulher - feminino e homem - masculino) e todo um aparato médico foi montado sobre ideias e padrões sociais que sustentassem a moralidade e os lugares que deviam ser ocupados socialmente por homens e mulheres. BUTLER (2003) propõe a superação desse modelo binário e opositor das categorias mulher e homem, assim como FINCO (2003) que indica que essa superação envolve a desconstrução da polaridade e da hierarquia nela implícita, demonstrando que cada um dos pólos (masculino e feminino) está presente no outro e que as oposições foram e são historicamente construídas.

FINCO (2003) indica que a desconstrução desses pólos traz uma proposta de reflexão e nos aproxima das formas como as crianças se relacionam frente às diferenças de gênero na infância. A autora levanta a hipótese de que as crianças ainda não possuem práticas sexistas em suas brincadeiras e assim, não reproduzem o sexismo presente no mundo adulto. Portanto, as crianças vão aprendendo a oposição e a hierarquia dos sexos ao longo do tempo que permanecem na escola, sendo muito frequente que meninos e meninas, ao demonstrarem comportamentos não apropriados para seu sexo, causem preocupação e sejam motivo de incômodo e dúvidas para profissionais da educação infantil. A autora indica assim, que a escola não está neutra.

No universo da saúde mental é mais nebulosa a compreensão dessas relações, de forma que se pretende investigar no presente estudo tal temática que compreende além das desigualdades referentes a forma como a loucura é olhada dependendo do sexo da criança ou adolescente em tratamento nos CAPSi, aspectos relacionados a forma como as pessoas que cuidam dessa população o fazem a partir do sexo e gênero a que pertencem.

O trabalho no campo saúde mental infantojuvenil envolve o cuidado, característica frequentemente definida socialmente como feminina, destinado às mulheres e pouco valorizado. Diante disso, pode-se pensar nas implicações e contradições no cuidado em saúde mental em que as cuidadoras, em sua maioria mulheres, são responsáveis por dar voz às pessoas em sofrimento psíquico e transformar uma história de tratamento manicomial.

Além das mencionadas questões de gênero envolvidas nos CAPSi, o cuidado por si só nesse campo de trabalho envolve diversos desafios, dentre eles definir a finalidade desse cuidado e a forma de realizá-lo, que também faz parte dos objetivos desse estudo. Portanto, os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de CAPSi que, de acordo com SIDRIM (2010), determinam a qualidade da assistência por lidarem diretamente com os usuários, uma vez que, considerando-se todo o processo político envolvido no campo da saúde mental, as precárias condições de trabalho e a falta de investimento, ainda é a posição dos profissionais que definem a prática.

Com esse estudo, pretende-se apreender como os atravessamentos de gênero¹ repercutem nas relações profissionais e interpessoais no âmbito de CAPSi e nos cuidados dispensados aos usuários do serviço. Espera-se que os resultados alcançados possam sensibilizar os trabalhadores de saúde mental infantojuvenil a repensar e resignificar seu papel profissional e refletir sobre as desigualdades de gênero envolvidas, tanto no processo de construção desse papel como no olhar aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Pretende-se ainda incentivar o conhecimento no campo da saúde mental e as estratégias atuais para lidar com pessoas em sofrimento psíquico, contemplando os vieses de gênero envolvidos, de maneira que isso possa contribuir para amenizar os preconceitos e estigmas nessa tarefa.

O trabalho foi organizado e se apresenta de acordo com uma lógica expressa em capítulos.

Assim, no capítulo 1 foi apresentado o tema e as considerações sobre sua relevância. No capítulo 2, se traça um breve histórico da saúde mental de crianças e adolescentes a fim de contextualizar o campo a ser pesquisado, assim se faz um resumo das propostas dos CAPS que estão em consonância com a reforma

¹ Atravessamentos são processos que ocorrem pelo conjunto de atores ou profissionais atuantes nas instituições. O gênero é uma instituição que atravessa outras instituições, neste caso os CAPSi.

psiquiátrica, apontando algumas necessidades e dificuldades para que a proposta do serviço se concretize. Além disso, delinea-se um breve histórico das construções sociais do feminino e do masculino e como o campo da medicina, principalmente a psiquiatria e a ginecologia, contribuíram para esse cenário. Também discute-se brevemente o campo da educação, fundamental ao se tratar de crianças e adolescentes, que tem seu papel na visão que construímos a respeito da mulher e do homem e das patologias associadas a cada sexo. Por fim, discute-se o conceito de gênero e suas implicações no cuidado, que está relacionado ao lugar social das mulheres e dos homens, bem como a divisão sexual do trabalho.

No capítulo 3 a hipótese e os objetivos (geral e específicos) do trabalho são expostos. No capítulo 4, relata-se o percurso metodológico adotado, descreve-se as instituições investigadas, a forma como os dados foram coletados e os sujeitos participantes da pesquisa, bem como o referencial teórico e metodológico adotado e a forma de análise dos dados utilizada.

No capítulo 5, expõem-se os resultados obtidos a partir do uso da análise de evocações, além de algumas considerações sobre os grupos focais e as categorias formadas que, depois de agrupadas, formaram os grandes temas. Os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos no capítulo 6, a partir dos temas centrais.

No capítulo 7, as considerações finais são apresentadas, de forma que se conclui todo o processo de elaboração da tese.

2. INTRODUÇÃO

2.1 A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

2.1.1 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Nos últimos anos, o campo da saúde mental tanto no Brasil como ao redor do mundo tem passado por um processo de transformação importante. A partir dos anos 1980, no Brasil, se iniciou o processo de construção da Reforma Psiquiátrica que trouxe mudanças ao tratamento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se colocar em relevo dois registros que balizam esse processo: o da construção de práticas assistenciais inovadoras e o da defesa dos direitos com intervenções dirigidas à extinção dos manicômios, das práticas de violência institucional e da estigmatização, por meio de ações voltadas para a inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental e oportunidades de uma vida melhor em sociedade.

Esse processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi inicialmente liderado por profissionais da saúde e, envolvendo usuários e familiares que passaram a contestar as práticas e saberes psiquiátricos. Rompendo com a perspectiva curativa, as ações passam a realizar-se pelo princípio da inclusão social dos excluídos por motivo de transtornos mentais.

Nesse sentido, SARACENO (2001) indica que, para Basaglia, o louco é um sujeito social condenado a uma progressiva perda de contratualidade afetiva, social, civil e econômica, e assim, necessita reconstruir os nexos sociais, da contratualidade, do acesso às mercadorias e às trocas. Para o autor, o processo de Reforma Psiquiátrica mudou o paradigma de doença: "A lição que a partir dos anos sessenta caracteriza grande parte da psiquiatria crítica é a legitimação moral, política, cultural e psicológica do doente mental e da doença mental". (SARACENO, 2001, p.67).

A partir da Reforma Psiquiátrica os profissionais são motivados a assumir uma postura mais horizontal e humanizada em relação aos usuários e desconstruir a imagem do profissional autoritário, tecnicista e impiedoso do modelo asilar (SILVA E AZEVEDO, 2011). Assim, a proposta de saúde mental que foi se construindo no processo de Reforma Psiquiátrica envolveu transformação tanto dos serviços oferecidos às pessoas acometidas de transtornos mentais, como na postura dos profissionais da área, pois passa a se exigir implicação subjetiva do trabalhador.

Portanto, no processo de Reforma Psiquiátrica há transformações referentes aos responsáveis pelo tratamento da loucura, juntamente com a proposta de uma rede articulada envolvendo profissionais de diferentes serviços de saúde, familiares, assim como a sociedade. Nesse sentido, para AZEVEDO e MIRANDA (2011), a partir da Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos e os profissionais de saúde passam a focar não mais o atendimento individual do doente, destacando o transtorno mental como ponto central, mas a coletividade de seus relacionamentos afetivos, sociais, familiares e comunitários.

Segundo AMARANTE (1994) dentre as consequências mais importantes das mudanças que a saúde mental passou é a nova geração de técnicos e usuários que tem a possibilidade de criar e inventar novas formas de assistência nos serviços de saúde mental públicos. Nesse sentido, a tarefa dos profissionais representa dos maiores desafios para os trabalhadores de saúde mental e exige muita reflexão (SIDRIM, 2010).

A esses registros responde o desafio de criar novos serviços e formas de vida para os sujeitos em sofrimento psíquico, bem como capacitar profissionais para manejar e sustentar formas de trabalho destinado a produzir algum sentido na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Esse trabalho encontra seu ponto de apoio, entre outros, na possibilidade de não institucionalização das práticas de cuidado. Para tanto, novos serviços foram propostos e vem se concretizando, dentre eles os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Independente de seu tipo, os CAPS devem tecer e articular redes, o trabalho deve ser multiprofissional e interdisciplinar, oferecendo aos usuários do serviço cuidado intensivo, comunitário e promotor de vida. A partir do processo de Reforma Psiquiátrica, busca-se a inserção do sujeito em sofrimento na rede de serviços (CAPS, Atenção Básica, Centro de convivência - CECCO), organizações e relações sociais da comunidade, sendo que todos esses equipamentos têm como modelo o Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental.

COSTA ROSA, YASUI E LUZIO (2003) discutem o Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental contrapondo-o radicalmente ao Modo Asilar ou paradigma psiquiátrico. Para eles, esse paradigma baseia-se em alguns elementos básicos referentes principalmente às inter-relações dos atores envolvidos: uma concepção horizontal das relações interinstitucionais, com a clientela e com a população em geral, de forma que haja interlocução e não mais assimetria entre sãos e loucos; o trânsito livre ou que não haja clausura; atenção territorializada e integral; e por fim, que os efeitos das ações em termos terapêuticos sejam éticos, buscando singularização e não adaptação. No âmbito das concepções sobre o processo de saúde e doença é proposto que a visão orgânica da doença mental passe a uma compreensão dos problemas de saúde mental como processo psíquico e sociocultural.

O Modo Psicossocial trouxe para o campo da saúde mental pública as noções de acolhimento, escuta e clínica ampliada, além de ter proposto e assumido a tarefa de construir uma sociedade sem manicômios. Deve-se lembrar que se pode acabar

com os manicômios e continuar a reproduzir seu modelo e sua lógica em qualquer espaço físico.

Assim, ao tecer crítica ao modelo asilar de tratamento à loucura, pautado pela concepção do louco como doente mental e da loucura como doença, a Reforma Psiquiátrica passou a construir propostas voltadas a novas maneiras de lidar com o sujeito em sofrimento psíquico. Independentemente da idade do sujeito passou-se a dar ênfase à perspectiva de situá-lo em um lugar diverso do tradicional em que o mesmo era destituído de voz e gerido por outro que diz saber a seu respeito.

2.1.2. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

O campo da saúde mental infantojuvenil envolve complexidades específicas, algumas delas inerentes à própria natureza de ser criança: a assistência à criança é necessariamente mediada por um cuidador adulto ou responsável por ela, sendo assim, a relação é sempre assimétrica; o cuidado não se circunscreve ao âmbito do serviço de saúde, portanto, a família, os esporte, a cultura, o lazer, os conselhos tutelares, bem como as organizações não governamentais e governamentais são de grande importância, destacando-se a escola, devido à obrigatoriedade de frequentá-la nessa faixa etária. Outra especificidade remete-se ao fato de que a criança nunca é apreendida fora de seu contexto social imediato, a saber, ela está sempre ligada e associada ao seu entorno, seja ele familiar ou outro.

A visão que a sociedade tem a respeito da criança e do adolescente nem sempre foi como a atual, REIS et al (2010) traçando um histórico da saúde mental infantojuvenil, afirmam que o conceito de infância apareceu após a revolução francesa e o de adolescência após a primeira guerra mundial, portanto, antes disso,

não havia preocupação alguma com a saúde mental das crianças e adolescentes que eram vistos como adultos em miniatura.

No que se refere à saúde mental, o campo da infância não foi estudado especificamente, uma vez que não se via na infância características e questões próprias. Assim, a partir do processo de escolarização começou a se olhar para a infância e desenvolver algumas propostas para lidar com essa população.

Os cuidados destinados às crianças e adolescentes com problemas de saúde mental foram delegados primeiramente aos setores educacionais e de assistência social, assim como à medicina, em geral com vocação filantrópica.

Em 1880, com a obrigatoriedade de frequentar a escola é posta a separação das crianças com bom e mau desempenho. Formando-se algumas categorias: idiotas, imbecis e os cretinos. Dessa forma, a psiquiatria infantil passou a ser focada no déficit intelectual e essa lógica do déficit, presente na psicopatologia da infância, estendeu-se aos jovens, dando origem a noção de delinquência, entendida como déficit moral.

Sobre as transformações culturais a respeito do olhar para a infância, ARIÈS (1986) analisando o traje das crianças a partir do Séc. XIV interpreta alguns acontecimentos históricos. Ele observa que as crianças se vestiam como adultos e o traje foi se modificando até o que se conhece hoje. A partir de meados do Séc. XIV acentuou-se nos trajes o aspecto efeminado do menino pequeno, e tornou-se impossível distinguir um menino de uma menina antes dos quatro ou cinco anos e esse hábito se fixou de maneira definitiva durante dois séculos, e somente após a primeira guerra mundial que o hábito de vestir meninos como meninas desapareceu completamente. Segundo o autor, essas transformações foram mais marcantes entre os meninos e nas famílias burguesas ou nobres, revelando que o sentimento da infância beneficiou primeiro meninos de famílias privilegiadas socialmente, enquanto as meninas e as camadas sociais mais pobres permaneceram mais tempo no modo de vida tradicional, que confundia as crianças com os adultos. Assim, a preocupação em distinguir a criança se limitou principalmente aos meninos, como se

a separação, que passou a existir entre a infância e o mundo adulto, afetasse mais os meninos do que as meninas. A presença dos meninos nos colégios já era notificada desde o fim do séc. XVI e início do séc. XVII enquanto que a presença das meninas nesses estabelecimentos se deu muito mais tardiamente, em um processo mais lento e, sobretudo, sem uma identidade própria.

As observações de Ariès validadas para os séculos XVI e XVII, parecem guardar todo seu frescor nos tempos atuais para determinadas formações sociais. De acordo com o UNICEF (2007), nos países em desenvolvimento, com poucas exceções, as meninas estão mais propensas a ficar fora da escola do que os meninos e as meninas que estão matriculadas na escola frequentemente abandonam os estudos quando chegam à puberdade, por diversas razões, como por exemplo, necessidade de assumir responsabilidades domésticas, falta de instalações sanitárias nas escolas, insuficiência de modelos de papéis femininos, casamento infantil ou assédio e violência sexual.

Para ARIÈS (1986), a idade e o sexo são campos inexplorados na consciência da sociedade. Nesse sentido, de acordo com OLIVEIRA et al. (2013) há uma nova abordagem sobre os estudos na área da infância que é a Sociologia da Infância que enxerga a infância como uma construção social, na medida em que acontece dentro de um ordenamento social, cultural e jurídico demarcado por categorias como socialização, gênero, classe, cultura e geração. Ao mesmo tempo, essa abordagem vê na criança um protagonista, e não um mero objeto do que acontece em sociedade. Essa visão corrobora com as propostas atuais de tratamento à saúde mental de crianças e adolescentes e com os avanços mais atuais nesse campo.

Nesse âmbito, ao longo do século XX, importantes pensadores discutiram a educação infantojuvenil ao redor do mundo. No Brasil, concomitantemente ao processo do movimento da Reforma Psiquiátrica, em 1990, concretizou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que proporcionou mudanças significativas no que tange a população infantojuvenil, posicionando seus membros como sujeitos.

Sob tal prisma, entende-se localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir a criança ou o adolescente como sujeito, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, dando voz e escuta a eles. Esse é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de discursar sobre eles, de saber por eles o que é melhor para eles (BRASIL, 2005).

De acordo com o UNICEF (2015), a análise da evolução dos indicadores sociais da infância permite concluir que a partir do ECA, o Brasil se tornou um lugar melhor para as crianças e os adolescentes viverem. Mesmo diante de limitações, o ECA é, definitivamente, um marco importante para a história do País, que influenciou de forma direta ou indireta a vida de meninos e meninas.

Como indica REIS (2010), esses avanços no entendimento e nas ações de saúde mental infantojuvenil se deram sob um pesado legado, a saúde mental infantojuvenil no Brasil e no mundo, durante muitos anos foi vista como menos importante que a saúde mental dos adultos e, por isso, recebeu menos investimento. De fato, não é raro que profissões que envolvem o cuidado sejam desvalorizadas e historicamente alocadas ao feminino. No que se refere ao universo infantojuvenil, o cuidado encontra-se, amiúde, associado às mulheres, mães ou cuidadoras.

Tal desvalorização, que se estendeu até os dias de hoje, coloca em questão a atuação plena dos profissionais voltados ao trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Assim, as políticas públicas voltadas aos cuidados infantojuvenis a partir do ECA (1990) incidiram na área de saúde mental provocando transformações substanciais, passando-se a definir e instituir dispositivos específicos envolvendo necessidade de profissionais diferenciados. Para tanto, é necessário formar esses profissionais de maneira contínua, ou seja, de modo que eles se atualizem constantemente.

Sabe-se que, apesar de ter havido diversas transformações na legislação e diretrizes políticas no campo da saúde mental, na prática, isso não necessariamente

se concretizou. Assim, pretende-se investigar no que consiste hoje o cuidado em saúde mental infantojuvenil, qual o objetivo dos profissionais que atuam nesse campo e o que fazem para efetivar esse objetivo. E, a partir desse panorama verificar como as relações de gênero estão imbricadas nesse cuidado.

2.1.3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS - OS CAPSi

No âmbito dos cuidados específicos de saúde mental oferecidos à população infantojuvenil, cujas características foram acima assinaladas, os CAPSi representam a ponta de lança do sistema de atenção, mormente quando se tratam de agravos importantes.

Os CAPSi são serviços abertos e de caráter comunitário indicados para municípios ou regiões com população acima de 100.000 habitantes (BRASIL, 2015). Eles atendem crianças e adolescentes com até 21 anos com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Atualmente eles representam a principal instituição de cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico graves, persistentes, ou em situação de grande vulnerabilidade e, por suas características, sua proposta de trabalho está em processo de assimilação e construção pelos profissionais. A implantação dos CAPSi se iniciou no ano de 2002 e sua expansão representa ainda um desafio à saúde pública, como é afirmado por BRASIL (2011), que aponta também a concentração de CAPSi no Estado de São Paulo, que em 2011 estavam 62 dos 132 CAPSi

existentes no Brasil (47%). E em 2014, 58 do total de 201 CAPSi no Brasil (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, segundo BRASIL (2005) as políticas públicas para a saúde mental voltadas especificamente para crianças e adolescentes e com abrangência nacional começou a ser estabelecida entre os anos de 2002 e 2004, quando houve a formalização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) específicos para a infância e a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil em 2004. Avançou-se muito no que se refere aos cuidados de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental nos últimos anos, por exemplo, no ano de 2006 haviam 75 CAPSi habilitados no Brasil e no ano de 2014 passou a ter 201 (BRASIL, 2015), revela-se assim, o investimento público a essa população que sido realizado.

Apesar de ainda faltar muito a ser feito e conhecido, no âmbito da saúde mental infantojuvenil, há alguns consensos: Não há uma causa isolada responsável pela ocorrência das psicoses da infância e do autismo infantil. Contudo, a partir de experiências, observaram-se situações que favorecem as possibilidades de melhora, dentre elas, iniciar o tratamento o mais cedo possível, incluir a família no tratamento e manter a criança ou adolescente em seu ambiente doméstico e familiar. Assim como, a atenção integral que envolve além da clínica, ações intersetoriais. Seguindo esses pressupostos, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são: atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, atividades socioculturais e esportivas, oficinas terapêuticas e atividades externas (BRASIL, 2004).

Embora tenha tido diversos avanços nesse campo, sabe-se que não são poucas as dificuldades enfrentadas no que diz respeito aos profissionais de saúde mental. Segundo MUYLAERT (2013), ainda hoje a saúde mental infantojuvenil sofre fortes influências do tratamento dado aos adultos, campo que a originou e que os profissionais que atuam em CAPSi, na sua maioria, não se prepararam para lidar com crianças e adolescentes em sofrimento mental, mas foram trabalhar nesses serviços por questões de oportunidade de emprego. Outro desafio diz respeito à ao modelo de atuação dos profissionais, de acordo com SILVA E AZEVEDO (2011)

67% dos técnicos de enfermagem participantes de sua pesquisa trabalhavam na área de saúde mental há mais de 11 anos, de forma que os entrevistados carregam a experiência do modelo asilar em sua prática profissional. Isso pode ser um fator que dificulta a incorporação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, uma vez que o processo de trabalho produzido nos hospitais psiquiátricos diverge do paradigma psicossocial reformista.

Nesse sentido, MUYLAERT (2013) observa que os profissionais de CAPSi estudados conheceram, primeiro, os hospitais psiquiátricos, as escolas ou consultórios particulares e suas lógicas e *modus operandi*, e só depois entraram em contato com o modelo de atenção psicossocial presentes no funcionamento e na lógica de outros equipamentos de saúde mental, dessa forma essas instituições psiquiátricas marcam a atuação profissional dos trabalhadores da área da saúde mental. Corroborando com AZEVEDO e MIRANDA (2011), o risco de se reproduzir os mesmos mecanismos ou características do modelo manicomial na prática dos serviços substitutivos é iminente, por muitos motivos, dentre eles, formação profissional insuficiente e ausência de educação permanente em saúde.

Portanto, o processo de Reforma Psiquiátrica transformou a proposta do cuidado em saúde mental, no entanto, para que de fato ocorra alguma mudança é necessário o esforço de diversos setores. MUYLAERT (2013) indica haver vários problemas referentes a formação dos profissionais de CAPSi, dentre eles, carência de capacitação oferecidas pelos serviços e grande distância entre as necessidades reais do serviço e os treinamentos oferecidos. Nesse sentido, AYRES (2004) enfatiza a importância de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços de saúde, além de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida, possibilitando assim, a flexibilidade e o dinamismo das técnicas de cuidado em saúde: “É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal” (AYRES, 2004, p. 26).

ABUHAB et al. (2005) apontam que, para reabilitar pessoas são necessárias reuniões da equipe, com organização e reflexão pessoal e coletiva dos participantes, uma vez que não é a regulamentação do serviço que define seu perfil, mas sua organização e os compromissos sociais assumidos pelos atores envolvidos. Afirmarões que vão ao encontro do defendido por ALMEIDA E FUREGATO (2015) que observaram que, a maioria dos profissionais que atuam em saúde mental no município de Uberlândia são jovens e sem experiência na área de saúde mental. Poucos procuram especialização na área ou participação em cursos de atualização. Indicando assim, a urgência de reuniões de equipe e investimento na formação de recursos humanos especializados, para que a visão manicomial não exista mais e, em seu lugar, haja assistência psicossocial.

2.1.4. O CUIDADO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAUDE MENTAL

A proposta dos CAPS é que o trabalho ocorra em equipe multidisciplinar e que a equipe atue de modo interdisciplinar e em rede. A equipe mínima de profissionais que trabalham em CAPSi é composta pelos seguintes profissionais: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior que podem ser das seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

Observa-se, assim, a diversidade de especialidades profissionais, o que representa um importante desafio aos trabalhadores, pois ao mesmo tempo em que

é rico trabalhar com profissionais de diferentes especialidades, pode ocorrer da função de cada um tornar-se pouco definida ou, conforme é descritos por ABUHAB (2005), pode ocorrer dificuldade de união, integração e articulação da equipe, devido ao fato de cada profissional manter-se nas suas especificidades, isolado na realização ou no cumprimento de tarefas. Segundo o autor, há deficiência na comunicação verbal ou documental entre os membros da equipe o que acarreta problemas tanto aos profissionais como aos usuários.

Além disso, o trabalho em equipe em uma instituição suscita importantes aspectos subjetivos. Para KAES (1991) o convívio em instituições produz o confronto com algumas feridas, dentre elas uma ferida narcísica, na medida em que o intrapsíquico se forma a partir de relações grupais, ou seja, o inconsciente é produzido coletivamente. Assim, todos têm um grupo interno que se forma pelas relações que tivemos ao longo da vida, nos constituímos pelas relações que vivemos, o inconsciente é estruturado como grupo, o sujeito do inconsciente é o sujeito do grupo:

Foi-nos necessário admitir que a vida psíquica não está exclusivamente centrada num inconsciente pessoal, que seria uma espécie de propriedade privada do sujeito individual. Paradoxalmente, uma parte dele mesmo, que o mantém na sua própria identidade e que compõe seu inconsciente, não lhe pertence propriamente mas às instituições sobre as quais se apóia e que se mantém por esse apoio (KAES, 1991, p.5).

Para KAES (1991), o investimento que se faz no grupo é concomitantemente, um desinvestimento do próprio eu: "Pensar a instituição requer então o abandono da ilusão monocentrista, aceitar que uma parte de nós não nos pertence propriamente" (KAES, 1991, p.3).

Assim, os profissionais dos CAPSi, pela natureza de seu trabalho, se deparam inevitavelmente com questões inconscientes profundas relacionadas a sua subjetividade que foi construída em grupo e tem que lidar com isso. Nesta perspectiva, de acordo com SÁ e AZEVEDO (2010) a instituição é fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes com fantasias e desejos inconscientes, sendo que ambos são operantes, afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos e impactam a vida organizacional.

Para FREUD (1921) em "Psicologia de grupo e a análise do ego" para haver vínculo entre os seres humanos, a pulsão de morte e a pulsão sexual devem ser desviadas. O autor, nega que exista um instinto social humano, para ele se laços sociais se constroem. Em "Totem e tabu", FREUD (1913) discute que para haver indivíduos é necessário que haja uma civilização com regras e limites, ou seja, nos tornamos humanos a partir da castração, da interdição, das regras e limites que o grupo propõe. Portanto, para FREUD, só pode haver vínculo se houver castração.

Assim, há, uma grande contradição no ser humano, pois ao aderir ao grupo o sujeito tem um ganho, uma vez que o grupo sustenta defesas individuais. E, concomitantemente, o sujeito tem que abrir mão de satisfações pulsionais para viver em grupo. Assim, as alianças inconscientes que se estabelecem ao conviver em grupo são, ao mesmo tempo, estruturantes e defensivas, como explicitado abaixo:

A instituição nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos; mas, com esse pensamento que destrói a ilusão centrada do nosso narcisismo secundário, descobrimos também que a instituição nos estrutura e que contraímos com ela relações que sustentam nossa identidade (KAES, 1991, p.2).

Assim, as instituições, de maneira geral, têm uma função no psiquismo dos que dela participam. Aspectos psíquicos muito primitivos aparecem nas instituições que oferecem aos seus membros defesas contra angústias primitivas. Todos precisam das instituições para depositar defesas patológicas. Em instituições que se propõe a tratar problemas como loucura, morte, doenças, extrema pobreza, ou seja, os dejetos da sociedade, é mais difícil conter a pulsão de morte. Nesses tipos de instituição o "thanatos" arcaico ou a pulsão de morte se manifestam e, muitas vezes, vão criando insalubridade no trabalho.

Nesse sentido, de acordo com SÁ e AZEVEDO (2010) os hospitais e os serviços de saúde em geral mostram-se também como espaço para a manifestação de hostilidade e violência e é preciso compreender essas manifestações da violência como expressão do ataque aos vínculos. Para os autores, é importante o reconhecimento destes processos, para não alimentar uma visão muito otimista das organizações, o que ao invés de contribuir para se avançar na cooperação e solidariedade, produz cegueira sobre seus obstáculos. Corroborando com

MUYLAERT (2011), os profissionais de CAPSi reconhecem a importância do trabalho em equipe e o valorizam, no entanto, as dificuldades nas relações entre os profissionais são bastante presentes e as brigas e os desentendimentos fazem parte da rotina de trabalho.

Considerando-se que o psiquismo humano é constituído em grupo e, portanto, as relações de gênero e o cuidado são construídos no imaginário individual a partir das relações interpessoais. Na análise das relações de gênero imbricadas no trabalho de cuidar é imprescindível considerarmos as questões de grupo e as questões institucionais.

2.2. A CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO

2.2.1. A CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE GÊNERO E LOUCURA

A psiquiatria que surgiu, se consolidou e se institucionalizou como um saber hegemônico a partir do século XIX, transformou a loucura em doença mental, influenciando fortemente a visão do feminino como patologia. Tanto a psiquiatria como a ginecologia tiveram um importante papel na diferenciação entre a loucura da mulher e do homem, além de definir o corpo feminino como destinado à reprodução e ao cuidado.

De acordo com ENGEL (1997), a partir do século XIX se estabeleceu a associação entre mulher e natureza/ homem e cultura, dicotomia que contou com forte contribuição da psiquiatria. Nessa época, as situações que conduziam as mulheres a serem diagnosticadas com problemas de saúde mental relacionavam-se à sua natureza e, principalmente, à sua sexualidade. Enquanto os desvios atribuídos às pessoas do sexo masculino se remetiam aos papéis sociais (como o papel de trabalhador e provedor) e seus distúrbios mentais estariam relacionados à recusa de incorporar esses papéis ou ao desempenho dos homens em relação a esses papéis.

Em consonância com SANTOS (2009) que aponta que o adoecimento psíquico é determinado de acordo com o gênero: sendo o adoecimento feminino estreitamente relacionado ao problema da violência contra as mulheres e a questão da repressão sexual. E o adoecimento masculino associado a uma ruptura, a sua exclusão do espaço público. Para SARACENO (2001), a maior prevalência de depressão dentre as pessoas do sexo feminino encontrada no estudo de ROBINS e col. (1984) está associada às condições sociais das mulheres.

Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2013), as diferenças de gênero influenciam não apenas a vulnerabilidade ao sofrimento como também suas formas de expressão. Nesse sentido, para VALENÇA *et al.* (2010), as mulheres têm menos risco de comportamento violento que os homens na população geral, o que pode ser pensado a partir dos papéis alocados socialmente a cada gênero e ao fato de as mulheres estarem mais em ambientes domésticos e, portanto, a violência feminina aparecer menos. No entanto, entre os indivíduos que apresentam transtornos mentais têm sido encontrado que a diferença de sexo em relação ao comportamento violento é menor do que entre a população que não apresenta transtornos. Alertando assim, sobre os riscos de violência existente entre as mulheres com transtornos psicóticos, uma vez que a violência é frequentemente vista como fenômeno masculino.

VILLELA (2009), que discute desigualdades de gênero e processo saúde-doença, considera que os serviços de saúde precisam, de fato, ser promotores da equidade de gênero, condição intrínseca para a produção de saúde e de cidadania. Para tanto, é fundamental que os pesquisadores gerem informações aos gestores e

sociedade civil sobre as implicações de gênero no processo de adoecimento e saúde; que os formadores de recursos humanos para a saúde incorporem essa discussão sobre a saúde de mulheres e homens; e os usuários do SUS (mulheres e homens) busquem formas de participação social para tornar claras as suas demandas. Para o UNICEF (2007), para que haja igualdade de gênero e a realização dos progressos humanos necessários demandará nada menos do que a participação plena de todos os membros da sociedade. Essa realidade já foi compreendida pelos líderes mundiais, no entanto, a discriminação de gênero é uma atitude disseminada, embora a desigualdade possa variar quanto ao grau e ao nível, mulheres e meninas em todas as regiões do mundo são discriminadas no acesso a recursos, oportunidades e poder político.

Essa realidade é histórica, segundo FACCHINETTI et al. (2008), a ciência médica foi um importante dispositivo para marcar as diferenças sexuais, classificar os corpos femininos e masculinos em contraste e fazer das mulheres um ser fundamentalmente doente. Corroborando com tais asserções, para ENGEL (1997) o corpo da mulher, principalmente seu aparelho genital, era considerado pelos alienistas no século XIX (termo usado na época para denominar os médicos que tratavam os alienados ou loucos) predisposto a doenças mentais e o período menstrual era considerado propício à manifestação dos distúrbios mentais, sendo que a loucura feminina era diretamente relacionada à menstruação, chegando ao ponto de falarem em *“loucura menstrual”*. A autora indica que no século das luzes a histeria foi incorporada ao mundo da loucura e às doenças mentais, sendo sempre associada ao corpo da mulher e à sexualidade feminina, chegando a ser classificada como uma moléstia em que o útero seria a sede ou uma neurose dos órgãos genitais femininos.

O termo histeria, *“hystera”* em grego, foi o nome utilizado por Hipócrates para caracterizar uma moléstia em que a causa era um movimento irregular de sangue do útero para o cérebro.

De acordo com COSTA (2016) até os dias de hoje há claras diferenças entre as condições das mulheres e as dos homens. O autor investigou 234 prontuários de um CAPS, sendo 169 de mulheres e observou que a maioria das mulheres

apresentam vivência de conflitos com familiares, questões relacionadas à maternidade, relações conjugais, vida laboral prejudicada e sobrecarga no papel de cuidadora de outros e da casa. Enquanto nos prontuários dos homens, esses aspectos estiveram pouco presentes, notando-se escassos relatos sobre conflitos familiares, relação conjugal, relacionamento com os filhos e com a mãe. Portanto, diferente dos homens, o sofrimento da mulher está vinculado ao âmbito doméstico e às relações familiares, revelando que ainda se associa a loucura feminina aos lugares que supostamente devem ser ocupados socialmente por homens e mulheres, entre eles a gestação e a maternidade.

Segundo ENGEL (1997), para os alienistas a mulher que não passasse pela gestação estaria condenada à loucura, pois era sustentada a ideia de que o destino das mulheres estava fadado à maternidade. Eles acreditavam também que a etiologia da histeria eram as intrigas, mentiras ou mexericos e associavam a histeria a péssimas donas de casa. Os alienistas supunham que a histeria se originava na puberdade com o despertar dos desejos sexuais não realizados e era agravada por leituras inconvenientes, vida sedentária e beatice religiosa. As mulheres histéricas eram vistas como perigosas, o casamento poderia curar essa moléstia, entretanto, se fosse com um casamento mal sucedido poderia agravá-la.

Nesse sentido, no século XIX:

No processo de urbanização crescente, era destacada a importância da mulher, mãe e esposa, frágil e submissa "rainha do lar" (...) peça fundamental, portanto, na moralização das relações sociais na cidade em desenvolvimento. O espaço público aos homens pertencia. Para a mulher "dependente", a proteção das paredes da casa. Simultaneamente, porém, a urbanização abria para a mulher um verdadeiro leque de possibilidades, a partir do convívio social. Ela ousava pensar em se inserir no mercado de trabalho e ter acesso à educação.

Assim, era comum que mulheres contrariassem a expectativa em relação ao "sexo frágil", lançando-se ao mundo a partir dessas portas que se apresentavam, sendo os seus comportamentos considerados, então, desviantes.

O Juquery era um possível destino para essas mulheres "desajustadas" (...)

Segundo os preceitos em que se baseava a psiquiatria ali desenvolvida, a mulher era considerada um ser biologicamente inferior, submisso e mais suscetível às paixões. Assim, o comportamento sexual e a "moralidade" eram, freqüentemente, motivo de internamento, sendo encontrada nos prontuários referências a "anestesia sexual", "mulher safada", "tendência a prevaricações conjugais" e "temperamento erótico", entre outras (OLIVEIRA, 1996, p.48 e 49).

Observa-se assim que todo um aparato médico foi montado sobre ideias e padrões sociais que sustentassem a moralidade. ENGEL (1997) indica ainda que a ausência ou a precariedade da vida sexual, assim como os excessos ou perversões na realização do prazer levariam as mulheres ao mesmo destino: o das perturbações. Dessa forma, o prazer feminino e a sexualidade feminina ganhavam cada vez mais atenção dos médicos e a inferioridade (psicológica, intelectual e física) da mulher era explicada pelos médicos como uma realidade do próprio corpo.

Nesse sentido, de acordo com ROHDEN (2010), a ginecologia é a especialidade médica que se constitui relacionando órgãos genitais, sexualidade feminina, doenças mentais e tratamentos: “As especialidades médicas dedicadas à mulher, especialmente a ginecologia, se constituem a partir da noção de que o corpo e o papel social feminino são determinados pela função procriativa” (ROHDEN, 2006, p.176).

Dessa forma, para a autora, a medicina contribuiu no processo de retraimento de possibilidades de autonomia para a mulher e, corroborando o pudor e a obediência como valores femininos, definiu o corpo feminino como destinado à reprodução. A distinção rígida entre os sexos feminino e masculino constituía um imperativo da cultura vitoriana e as representações médicas eram importantes elementos que participavam na elaboração de tal distinção. Assim, o paradigma médico do século XIX pressupunha que a natureza podia trazer as verdades ao mundo, sem considerar que a própria visão que tinham da natureza estava contaminada por valores culturais, morais e sociais.

Esses padrões sociais relacionados ao sexo refletem serviços de saúde mental até hoje: COSTA (2016) indica, a partir da narrativa de usuárias de um CAPS, que eventos da vida de mulheres são atravessados pelo gênero, como por exemplo, situações dolorosas e estigmatizadoras, subjugação sexual, papel exercido nas relações conjugais predominantemente patriarcais, na maternidade, bem como no trabalho doméstico sem reconhecimento.

Além disso, nos serviços de saúde em geral também há reflexos das relações de gênero. De acordo com SILVA (2011), tradicionalmente, os homens por sentirem-se menos vulneráveis a enfermidades biológicas e psicológicas não aderem medidas preventivas oferecidas pela atenção primária, em compensação procuram

mais por serviços curativos ou atenção terciária havendo assim, uma distribuição desigual de homens e mulheres nos diferentes níveis de atenção à saúde: No que se refere às internações psiquiátricas no Brasil, de acordo com SANTOS (2009), há uma maior prevalência entre homens do que entre mulheres, o que pode ser decorrente da tendência masculina a procurar ajuda apenas quando se encontram em situações limites ou pode também estar relacionado a naturalização histórica da loucura feminina.

FACCHINETTI et al. (2008) discutindo as características da população dos hospitais nacionais de alienados (HNA) no início do século XX, observam que a maioria da população era pobre e constituída por homens. A primeira colônia feminina só foi fundada em 1911, enquanto desde 1887 já funcionavam duas colônias masculinas.

Atualmente, nos serviços voltados ao tratamento de problemas de saúde mental a proporção de mulheres e homens varia conforme a idade. PELISOLI e MOREIRA (2005), a partir de pesquisa realizada em diferentes CAPS para adultos no Rio Grande do Sul, indicam que 59,6% dos usuários são do sexo feminino. Assim como TOMASI et al. (2010) que observaram um leve predomínio de mulheres (61%) em CAPS adulto em Pelotas, no Rio Grande do Sul. Em consonância, CARVALHO et al. (2010) estudando o perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários do CAPS do Município de Fortaleza, Ceará obtiveram que 79,3% dos usuários dos CAPS adultos pesquisados eram do sexo feminino. Porém, verificaram que apenas 28,9% dos usuários dos CAPS infantis eram do sexo feminino e 14,9% dos CAPS álcool e drogas. Segundo MARI et al. (2007) a prevalência de transtornos do DSM-III em adultos nas cidades: São Paulo, Brasília e Porto Alegre é maior entre as mulheres que entre os homens.

Por outro lado, MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2005) indica que dentre os 1.455 pacientes em atendimento em CAPSi, 62,3% são do sexo masculino. Corroborando, REIS et al. (2012) em uma pesquisa realizada em CAPSi no Estado de São Paulo, verificaram que em instituições de saúde mental infantojuvenil a proporção de mulheres é menor e, além de menos representadas, as meninas são mais avançadas em idade que os meninos. Os autores pressupõem a invisibilidade

do sofrimento psíquico feminino infantil, pois as meninas permaneceriam em casa, enquanto os meninos iriam mais cedo para espaços públicos, e assim elas chegariam mais tarde aos serviços que os meninos. Abre-se, deste modo, a hipótese do sofrimento psíquico ser ainda naturalizado como condição feminina e, por isso, elas não serem encaminhadas aos serviços de saúde mental, enquanto o sofrimento dos meninos é observado por ser externalizado em comportamentos e reações sociais.

Segundo SARACENO (2001) em um estudo de coorte sobre saúde pública não se observaram áreas geográficas caracterizadas por uma incidência particularmente alta dos distúrbios psicóticos e as curvas de incidência por sexo e faixa de idade se mostraram muito semelhantes. Mas, corroborando com os resultados obtidos por REIS et al. (2012) um pico de incidência entre os sujeitos mais jovens foi encontrado no sexo masculino, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento, enquanto se observou uma tendência nas mulheres a uma taxa mais constante nas diversas faixas etárias.

Atualmente, nos CAPSi há mais meninos que meninas e nos CAPS adultos a diferença populacional entre os gêneros tende a se equilibrar, chegando a ter um número um pouco maior de mulheres (PELISOLI e MOREIRA, 2005; TOMASI et al., 2010; CARVALHO et al., 2010; MARI et al., 2007; COSTA, 2016). De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2013) as mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar sofrimento psíquico que os homens e essa diferença é relacionada à diferença de gênero e não de sexo.

Portanto, as meninas chegam mais tarde que os meninos aos serviços de saúde mental, o que pode ocorrer por diversas razões, dentre elas a invisibilidade do sofrimento em meninas quando são crianças e adolescentes, o que indicaria haver diferenças na forma como são vistas e tratadas as pessoas do sexo feminino e masculino.

Nesse sentido, para SANTOS (2009) é importante haver políticas públicas que considerem as relações sociais de gênero nos problemas de saúde mental para que as pessoas de ambos os sexos sejam respeitadas e tratadas de acordo com suas idiossincrasias e característica sociais, culturais e históricas atribuídas a cada

gênero. Em consonância, para VILLELA (2009), a categoria analítica gênero tem sido usada por diferentes pesquisadores para a compreensão das diferenças do processo saúde-doença, especialmente a categoria gênero no sentido de não se referir unicamente às mulheres, mas sim relações sociais que expõem mulheres e homens a riscos desnecessários à saúde.

Assim, a associação do corpo da mulher ao seu papel social foi historicamente e socialmente construindo e para transformarmos uma realidade tão arraigada é necessário grande esforço e conscientização de diferentes instâncias da sociedade.

2.2.2. RELAÇÕES DE GÊNERO NA EDUCAÇÃO INFANTIL

O campo da saúde mental infantojuvenil é intersetorial, toda criança tem o direito e o dever de frequentar a escola, instituição considerada fundamental na construção subjetiva do cidadão. Além disso, a saúde mental infantojuvenil se originou na educação e o diálogo entre esses dois campos é fundamental e deve ser constante.

Conforme discutido, ÀRIES (1986) indica que a ida dos meninos para a escola foi anterior a da população feminina, de acordo com o UNICEF (2007) a partir de pesquisas em diferentes partes do mundo, para cada 100 meninos fora da escola, há 115 meninas na mesma situação e cerca de uma em cada cinco meninas matriculadas na escola primária nos países em desenvolvimento não conclui a educação primária, sendo que a falta da educação primária priva a menina da oportunidade de desenvolver plenamente seu potencial. Nesse sentido, MASCARENHAS e EUGÊNIO (2015) observam que atualmente ainda existem vestígios da educação do Brasil império, em que os meninos eram educados para atuar no espaço público, enquanto as meninas educadas para casar.

De acordo com VIANNA e UNBEHAUM (2004) apesar das relações de gênero na educação terem ganhado maior visibilidade nas pesquisas educacionais

em meados dos anos de 1990, com avanços que visam medidas contra a discriminação da mulher, poucas são as investigações que abordam o impacto da discriminação de gênero nas políticas públicas educacionais, tais como a persistência da discriminação contra as mulheres expressa em materiais didáticos e currículos, a limitação ao acesso à educação e permanência na escola, sobretudo das jovens grávidas, bem como o fracasso escolar que marca de maneira distinta a trajetória escolar de meninos e meninas. A partir de uma análise das principais leis, planos e programas federais que especificam as diretrizes nacionais das políticas públicas de educação no Brasil, os autores indicam um significativo avanço referente à adoção de uma perspectiva de gênero. Entretanto, a perspectiva de gênero abordada se restringe à Orientação Sexual e não a todas as áreas do conhecimento, o que pode acarretar o risco da compreensão das relações de gênero pela escola permanecer velada.

Em consonância, MASCARENHAS e EUGÊNIO (2015) demonstram que apesar da sociedade estar questionando as relações de gênero, os questionamentos não são suficientes para que os espaços escolares deixem de reproduzir uma educação pautada nos estereótipos construídos socialmente.

Nesse sentido, para VIANNA e FINCO (2009) o valor da mesma ação na educação infantil varia quando executada por meninas ou meninos, para elas, a interação entre a professora e as crianças imprime os significados de gênero nos corpos de meninos e meninas. E essa realidade provoca sofrimento a ambos os sexos, uma vez que desenvolvem seus comportamentos e potencialidades na tentativa de corresponder às expectativas sociais.

O minucioso processo de feminilização e masculinização dos corpos está presente no controle dos sentimentos, no movimento corporal, no desenvolvimento das habilidades e dos modelos cognitivos de meninos e meninas está relacionado à força das expectativas que nossa sociedade e nossa cultura carregam. Esse processo reflete-se nos tipos de brinquedos que lhes são permitidos e disponibilizados: para que as crianças "aprendam", de maneira muito prazerosa e mascarada, a comportar-se como "verdadeiros" meninos e meninas (VIANNA e FINCO, 2009, p.272).

De acordo com MASCARENHAS e EUGÊNIO (2015) os papéis exercidos pelo educador no que diz respeito às relações de gênero têm acontecido de forma a legitimar as desigualdades de gênero no espaço da Educação Infantil,

acompanhando o estereótipo construído pela sociedade. Desse modo, se quisermos reescrever a história de homens e mulheres pelo viés da igualdade, é fundamental que educadores e profissionais da educação reconheçam o seu papel de transformador ou legitimador de estereótipos excludentes impostos culturalmente em nossa sociedade, o que não se limita a escola ou a educadores. Sendo assim, é preciso refletir que a Educação Infantil deve ser um campo de atuação constante de diálogo teórico e prático no que diz respeito às questões de gênero.

VIANNA e FINCO (2009), indicam que o direito a uma educação infantil de qualidade inclui a discussão das questões de gênero, uma vez que a educação infantil representa uma oportunidade de estar em contato com crianças oriundas de diversas classes sociais, religiões e etnias com valores e comportamentos também diferenciados, introduzindo os meninos e meninas na vida social.

A educação infantil não só cuida do corpo da criança, como o educa: ele é o primeiro lugar marcado pelo adulto, em que se impõem à conduta dos pequenos os limites sociais e psicológicos. É o emblema no qual a cultura inscreve seus signos (VIANNA e FINCO, 2009, p.271).

Para o UNICEF (2007) todos os meninos e as meninas têm direito à a discriminação de gênero e fazer avançar os direitos das crianças é garantir educação, sendo que um dos passos mais importantes e poderosos para combater oportunidades educacionais iguais para meninas e meninos. Assim, o acesso igualitário à educação constitui a estratégia mais importante para assegurar que meninas e meninos tenham oportunidades iguais de renda quando chegarem à vida adulta. Algumas ações fundamentais para isso incluem eliminação de taxas escolares, estímulo aos pais e às comunidades para investir na educação das meninas, e criação de escolas “amigas da menina”, que sejam seguras e livres de preconceito.

Portanto, a igualdade entre a frequência de meninos e meninas à escola, bem como a forma como os educadores olham e tratam os meninos e meninas, ainda são questões atuais ao redor do mundo que merecem ser debatidas e lembradas constantemente se quisermos que haja igualdade de gênero, uma vez que a escola é uma poderosa instituição de transformação social tanto pela idade das crianças

que chegam lá como pelo tempo de permanência diário e ao longo dos anos das crianças no local.

2.3. RELAÇÕES DE GÊNERO E O TRABALHO DE CUIDAR

2.3.1. O TRABALHO DE CUIDAR

O cuidado constitui parte fundamental do trabalho de profissionais de CAPSi, e a importância das pessoas que cuidam das crianças e adolescentes é essencial no processo de construção do masculino e do feminino.

Considerando os diversos matizes que o cuidado vai assumindo historicamente no nível das formulações de políticas públicas, SARUBBI JR (2012) enfatiza o fato de que o cuidado passou a ser entendido como objeto contextualizado no ETHOS do humano. Assim, ele faz referência às reflexões de BOFF (2005) de acordo com o qual “não só possuímos o cuidado, como somos nós mesmos o cuidado, significando que este possui uma dimensão ontológica – constituinte – do modo de ser do homem, onde sem cuidado, deixamos de ser humanos”.

Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o espírito de finesse (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais do que o logos (razão), é o pathos (sentimento), que ocupa aqui a centralidade (BOFF, 2005, p.31).

A perspectiva do cuidado, entendido como constituinte do modo de ser do sujeito, implica a necessidade de envolvimento com o outro a partir da mobilização do conjunto de suas dimensões. Essa característica do cuidado reflete no pensamento do senso comum de que qualquer um sabe e pode cuidar de outra pessoa e, assim, essa atividade profissional é pouco valorizada. Acrescenta-se a isso que, de acordo com PINHEIRO (2009), a prática de cuidar se originou no espaço familiar, considerada como uma tarefa feminina aprendida no fazer cotidiano e repassada de uma geração a outra. Esse saber, gradualmente, extrapolou o âmbito familiar, se configurando como um saber técnico, exercido ou prescrito por profissionais. Portanto, essa origem do cuidado (familiar e feminina) ainda está arraigada socialmente e nos encontramos em um processo de mudança que será discutido adiante.

No sentido da profissionalização do cuidado, para AYRES (2004) a qualidade do cuidar do outro envolve a escuta, que se adquire com a experiência profissional. O autor discute que a abertura ao autêntico interesse em ouvir o outro (ouvindo e fazendo-se ouvir - diálogo) que possibilita ao profissional de saúde sair do papel tecnocientífico e se aproximar do outro. Essa concepção dialógica tem sido relacionada ao acolhimento (bastante relevante nas propostas de humanização da saúde) que se dá na contínua relação do usuário com os serviços a partir da escuta: “Então não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar” (AYRES, 2004, p. 22).

Assim, AYRES (2004) adota o termo Cuidado como: “Designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22).

Outro importante aspecto a se considerar, de acordo com PINHEIRO (2009), é que o cuidado consiste em um modo de agir produzido a partir de uma experiência delineada por aspectos sociais, políticos, culturais e históricos em uma determinada sociedade. Para DELFINI (2016), o cuidado se traduz em ações próprias da vida

cotidiana e são exercidas nas relações, corroborando com AYRES (2004) que indica que tanto o adoecer, como os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são histórica e socialmente configurados e frutos de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio. Desse modo, para a construção do cuidado é fundamental investigar as raízes e significados sociais dos adoecimentos. Ainda, de acordo com AYRES (2004), o cuidado efetivo se dá em um nível individual: “Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos” (AYRES, 2004, p. 28).

Essa perspectiva de cuidado corrobora com aquilo que preconiza a Reforma psiquiátrica e o modo de atenção psicossocial, que incluem os elementos relacionais e a dimensão social do adoecimento psíquico. De acordo com DELFINI (2016), a relação estabelecida entre um profissional cuidador (ou uma equipe) e um usuário (ou um conjunto deles) a ser cuidado não apenas influencia o tratamento, como é parte integrante dele.

Assim, o papel dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental é muito importante. Para SILVA et al. (2013) não é apenas na sociedade que a tarefa de desconstruir conceitos se faz, mas talvez os profissionais de saúde mental sejam os maiores produtores de um entendimento sobre a doença mental, uma vez que seu meio de trabalho perpetua os demarcadores da exclusão social da loucura. Nesse sentido, o cuidador deve saber dosar o cuidado oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa constante negociação (BRASIL, 2004).

SARACENO (2001) rebate a ideia de estimular a autonomia como objetivo primário da reabilitação e fala em aumento da capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos e não em autonomia. Uma vez que o processo de reabilitação psicossocial será mais exitoso se considerarmos variáveis como o contexto dos pacientes e dos serviços ao invés das variáveis psiquiátricas ou as técnicas reabilitativas.

Nesse sentido, para FIGUEIREDO e FRARE (2008), a convivência com outras pessoas necessita de regras e limites que não estão relacionados à moral ou a contratos, mas devem ser construídos coletivamente e subjetivados. Elas defendem que não se constrói limites pela tutela. Segundo SCARCELLI (2011) a passagem do sujeito-assujeitado para o sujeito-cidadão exige a construção de uma rede social que envolve todos os setores possíveis. E nessa construção deve-se estar atento aos riscos de enfatizar o indivíduo e suas necessidades ou apenas o social, tentando entrelaçar também essas instâncias numa constante dialética que faz parte da vida humana. Nesse processo, o papel do profissional cuidador é também um papel de mediador que é extremamente complexo e envolve além da dimensão de conhecimento formal (faculdade, cursos, formação continuada) a dimensão de conhecimento de si, ou seja, um nível de envolvimento pessoal.

SOARES (2012) enfatiza a importância dos aspectos emocionais envolvidos no cuidado ao sujeito que necessita, bem como nas relações do cuidador com os familiares da pessoa que é cuidada, e como isso implica na qualidade e no sentido desse trabalho. Segundo a autora, o amor e o envolvimento estão sempre presentes no trabalho do cuidado, mesmo quando não fazem parte do trabalho prescrito, estão presentes no trabalho real. Além disso, o trabalho de cuidado envolve a confiança que fundamentalmente é construída pela comunicação e quando é de fato estabelecida diminui o trabalho emocional, pois menos gestão das emoções do outro é exercida. A autora indica ainda que aspectos físicos também podem influenciar o emocional e podem levar a sobrecarga de trabalho emocional, como ter que tocar o corpo do outro ou limpar excrementos.

A autora alerta que condições de trabalho insatisfatórias podem levar ao cansaço, desmotivação e ou indiferença, o que pode ter consequências graves, como a violência: "Considerando-se a ambivalência dos sentimentos mobilizados pela relação de ajuda, pode se degradar no gozo do poder exercido sobre a pessoa dependente, ou na violência" (SOARES, 2012, p.37).

Assim, é fundamental a profissionalização do cuidado e a capacitação de profissionais para executar tal tarefa, uma vez que, todos nós para sobreviver fomos

cuidados um dia por alguém ou por várias pessoas e assim, aprendemos formas de cuidar do outro e de nós mesmos, essas formas são construídas socialmente e culturalmente e se reproduzem ao sermos solicitados a cuidar de alguém, caso não refletimos ou nos preparamos para executar essa tarefa.

MOLINIER (2012) descreve algumas possibilidades do cuidado que ela chama de "Care":

1. *Care* como *gentleness*; demanda uma atitude adequada de acordo com as circunstâncias, envolve uma sensibilidade a certa situação e a capacidade de improvisar, ou seja, é uma atitude experimental. Responde a fragilidade do outro e não o destitui do estatuto de ser humano em sua integralidade. Dessa forma, algumas vezes, o *care* é um gesto ou uma forma de agir ou de não agir afinados às necessidades do destinatário, que podem ser marcados, inclusive por distância ou desapego.

2. *Care* como trabalho sujo; aquele que se quer evitar fazer, que se quer evitar pensar, mas faz parte das necessidades vitais. São os ofícios relacionados aos humores do corpo e patologias da alma. Encontram-se sob o aspecto da relação com o corpo e com a morte.

3. *Care* como trabalho inestimável; aquele que não é mensurável, especialmente através de métodos de gestão, seu valor não tem preço, o que torna muito complexa a questão de sua remuneração.

Outro aspecto do *care* descrita por MOLINIER (2012) diz respeito às relações de gênero que seria o *care* como narrativa ética. Ou seja, seria necessário politizar os relatos do *care*, dar ouvido e passagem às representações estereotipadas da bondade feminina e materna, pois essas representações possuem um peso cultural que sempre poderá calar certas vozes autênticas das mulheres. De acordo com a autora, valorizar o *care* do ponto de vista científico não significa valorizar ou idealizar seu conteúdo, mas inscrever seus relatos numa trama teórica em busca de mais justiça, ou seja, no plano metodológico, a análise do trabalho do *care* não pode prescindir da perspectiva de gênero.

2.3.2. O MASCULINO, O FEMININO E O CUIDADO

As feministas americanas começaram usar o termo “gênero” para “(...) insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo” (SCOTT, 1995, p.3). O conceito de gênero pode ser definido como um conjunto de relações construídas pela cultura que, usando constituições biológicas, afirma as desigualdades entre homens e mulheres. Assim, a partir da anatomia, separa-se o lugar social das mulheres e dos homens (SCOTT, 1995). Segundo HEILBORN (2003) o conceito de gênero existe para distinguir a dimensão biológica da social, o raciocínio é que há macho e fêmeas na espécie humana, mas ser homem e ser mulher é uma distinção realizada pela cultura.

A introdução da noção de gênero permitiu que se associasse sexo à natureza, de um lado, e gênero à cultura, de outro lado. Entretanto, alguns autores (LAQUEUR, 1990; BUTLER, 2003; HARAWAY, 2004) problematizam essa associação. LAQUEUR (1990) discute essa ideia ilustrando que as diferenciações e atribuições de papéis masculinos e femininos se deram quando se pensava haver um único sexo e as mulheres serem consideradas homens que não se desenvolveram completamente. De acordo com esse autor, foi apenas por volta do início do século XIX que surgiu o modelo de dois sexos opostos: o masculino e feminino. A construção desse novo modelo de sexos opostos decorreu de necessidades ideológicas e não de avanços tecnológicos. Dessa forma, não só gênero seria atribuível às pautas sociais, mas também a própria noção distintiva de sexo.

Nesse sentido:

A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito (...) Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto

chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma (...) Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como interpretação cultural do sexo (...) Na conjuntura atual, já está claro que colocar a dualidade do sexo num domínio pré-discursivo é uma das maneiras pelas quais a estabilidade interna e a estrutura binária do sexo são eficazmente asseguradas (BUTLER, 2003, p. 24, 25).

BUTLER (2003) propõe, portanto, a superação do modelo binário e opositor das categorias mulher e homem. Para ela, as possibilidades e variabilidades de gênero seriam infinitas, o que a conduz a questionar a ideia de uma unidade identitária feminina. Em sua teoria, a autora indica que gênero é uma imitação que persiste ao longo do tempo, de modo que passa a ser vista como natural do corpo: "O gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser" (BUTLER, 2003, p.59).

Assim, foram se construindo desde o século XIX até os dias atuais “verdades” aceitas socialmente sobre o sexo da mulher associado ao gênero feminino e do homem ao masculino e no universo do trabalho esse binarismo marca as relações sociais.

O trabalho no campo da saúde, na saúde mental e principalmente de crianças e adolescentes são fortemente influenciados pelo binarismo de gênero, uma vez que envolvem o cuidado, característica definida socialmente como feminina.

A divisão do trabalho é discutida pela literatura (FONSECA 1996, WALDOW 1996, GROSSI 1996, REIS 2010a) a partir da noção de gênero, indicando que as mulheres ocupam lugares menos favorecidos, trabalhos menos valorizados financeiramente e que os atributos necessários para esses trabalhos são socialmente alocados às mulheres como se fossem características naturais delas. “Gênero é precisamente um processo de objetificação das relações sociais, simplificando a sua complexidade e localizando em homens e mulheres características de agência e poder que não lhes são inerentes” (ALMEIDA, 1996, p.189).

Para REIS (2010a) não raro as profissões que envolvem o cuidado são desvalorizadas e alocadas ao feminino. No campo da saúde mental, em que o

cuidado é parte fundamental, o contexto de atuação profissional é caracterizado por uma série de elementos, muitos dos quais pertencem a uma tradição relativamente antiga e, por essas circunstâncias, constituem-se como históricos. LOPES (1996) indica que em hospitais gerais, em instituições de saúde e em estabelecimentos de tratamento a pessoas com problemas de saúde mental as mulheres são a maioria como profissionais.

Nesse sentido, COSTA e SILVESTRE (2004) indicam que o número de mulheres sempre prevaleceu no trabalho em saúde, especialmente entre os cuidadores das categorias de menores salários.

De acordo com PIRARD V (2006) o cuidado envolve tanto o corpo quanto a vida psíquica e, portanto, suscita representações conectadas às figuras parentais da mãe ou da avó. Além disso, o cuidado liga-se ao feminino por uma razão adicional que se remete à distinção entre a moral masculina e a moral feminina. A autora, inspirando-se nas formulações feministas de GILLIGAN (1982), considera que, pelo viés da moral, a estrutura de cuidados pertence ao universo feminino. Para GILLIGAN (1982) a moral masculina atua no registro da justiça e da restrição, a ideia de justiça compreende que o ser humano possui certos direitos básicos que determinam o respeito ao direito dos outros. Enquanto a moral feminina assenta-se na ideia da responsabilidade em relação ao outro ou no cuidado com o outro.

Essa construção teórica vai ao encontro das discussões de FREUD (1932) sobre a constituição dos gêneros feminino e masculino no psiquismo infantil. Segundo o autor, ao adquirir linguagem a criança muda de posição, passa da condição de objeto do desejo dos adultos para sujeito desejante. Antes de adquirir a linguagem (fase denominada por FREUD como fálica) todos estariam na posição de objeto, assim, o masoquismo ou a posição passiva faria parte do psiquismo de todos e é considerado estruturante e constituinte psiquicamente, é uma modalidade de relação com o outro. Ao entrar na linguagem, o ser humano passa a perceber as diferenças entre os gêneros e passa a ser sujeito desejante, portanto, a existência dos gêneros passa a ocorrer apenas na aquisição da linguagem. A partir de então, inicia-se na criança o processo de construção da identidade sexual e o modelo do

objeto a ser desejado (o gênero e a sexualidade), o que pode ou não corresponder ao sexo biológico do indivíduo.

Cada criança contém todas as possibilidades sexuais disponíveis à expressão humana. Mas, em qualquer sociedade, apenas algumas dessas possibilidades serão expressas, enquanto que outras serão contidas. Quando a criança deixa a fase edipiana, sua libido e identidade de gênero tem sido organizada em conformidade com as regras da cultura que a está domesticando (RUBIN, 1993, p.16).

Observa-se na teoria freudiana que biologicamente não se nasce com a identidade sexual tão pouco com os desejos definidos, o ser humano é moldado a partir do desenvolvimento psíquico que é moldado culturalmente e isso perdura até o fim da vida, em todos os âmbitos: o que se representa na família, na sociedade, bem como no mundo do trabalho, nesse sentido:

Gênero não é apenas uma identificação com um sexo, ele também supõe que o desejo sexual seja direcionado a outro sexo. A divisão sexual do trabalho está implicada nos dois aspectos do gênero – ela cria os homens e mulheres e os cria heterossexuais (RUBIN, 1993, p.10).

Esse processo de construção da identidade e a posição de sujeito que deseja se forma em conjunto com a percepção da falta, pois só pode-se ter desejos se algo faltar, na completude nada se deseja. Segundo DOR (1991) inicialmente a criança precisa do olhar da mãe (ou de alguém que exerça esse papel) e para sair disso e tornar-se um sujeito desejante é preciso entrar um terceiro na relação, estabelecendo limite entre a mãe e a criança. Caso a mãe autorize a entrada do terceiro, que é uma metáfora de outro interesse da mãe além do bebê, a criança vai percebendo que ela não é o falo (completude, metáfora de poder) da mãe e ao perceber que a mãe é submetida à lei, marca-se uma mudança, em que a falta e, portanto, os desejos passam a existir. Após essa etapa, tanto a mãe como o pai passam a ser percebidos como dois desejantes e dois faltantes e não o masculino como poder absoluto e feminino como objeto absoluto.

Assim, a metáfora do órgão sexual feminino como condição faltante ou passividade e ao órgão sexual masculino com o poder de preencher o desejo materno, de ser o falo, seria construído ao se entrar na linguagem, ou seja, na cultura e o papel exercido pela mãe, de cuidado, e pelo pai, de lei, marcam a constituição psíquica.

Deve-se lembrar que o processo de constituição da identidade e de passar de objeto para sujeito é gradual, não se dá completamente ao se adquirir a linguagem, e algumas pessoas podem passar a vida toda na posição de objeto. Para a psicanálise, a loucura estaria relacionada a isso, o psicótico não teria passado a posição de sujeito. Desse modo, a pessoa em sofrimento psíquico estaria em uma posição assimétrica em relação aos profissionais de saúde mental por sua condição psíquica, e ao se tratar de crianças essa condição é ainda mais evidente. No entanto, a partir da Reforma Psiquiátrica se propõe justamente que o portador de problemas de saúde mental ganhe voz e fale de si, o que é bastante desafiador.

As posições de sujeito e de objeto estão, portanto, relacionadas ao gênero, até que possamos superar o binarismo e a cultura fálica em que nos encontramos. Na teoria de GILLIGAN (1982) a moral masculina se relaciona a noção de justiça e a moral feminina a ideia da responsabilidade em relação ao outro, o que pode dialogar com a teoria freudiana em que ao feminino seria atribuído o amor narcísico, a completude e ao masculino a interdição, a função normativa o papel da lei, ordem.

Assim, historicamente as relações sociais e de trabalho foram construídas baseadas no binarismo: homem - masculino, ativo, cultura, provedor e mulher - feminino, passivo, natureza, cuidador.

Diversos autores discutem o papel social da mulher e do homem, para BUSTAMANTE e TRAD (2005), nos cuidados do lar, o homem é responsável pela moral, pela respeitabilidade familiar, enquanto a mulher tem a responsabilidade pelo cuidado e por manter a unidade do grupo, mesmo quando ela é provedora de recursos materiais na casa. Nesse sentido:

Estudos de gênero aludem que a designação social da esfera pública de produção ao homem e a da esfera privada de reprodução e cuidado dos outros à mulher resulta na valorização diferenciada das responsabilidades, escolhas, hábitos e comportamentos de cada sexo (...) A naturalização dos trabalhos domésticos e reprodutivos (tarefas familiares e de cuidado de crianças, idosos e doentes) debilita a auto-estima de mulheres e meninas; representa um dos principais obstáculos para o seu acesso e controle de bens e recursos e aumenta a sua vulnerabilidade ante a violência familiar e sexual (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2005, p.14).

Portanto, o fato da desvalorização dos trabalhos relacionados aos cuidados, lote de mulheres ou de pessoas desqualificadas social e profissionalmente, prender-se-ia à hegemonia masculina e às suas conseqüências nos planos social, da hierarquização sócio valorativa do trabalho, do âmbito político e econômico e na provisão material da vida. Se discutirá, então, as origens e o cenário atual dessa divisão sexual do trabalho de cuidar.

No entanto, há importantes transformações ocorrendo na sociedade ocidental no âmbito das relações de gênero:

É a lenta degradação e contestação do patriarcado que tem permitido pensá-lo, ou seja, estamos a viver um período de transição histórica, de transformação na hegemonia, em que os conflitos, “ruídos” e disputas que sempre existiram se tornaram mais audíveis e perturbadores (ALMEIDA, 1996, p.164).

2.3.3. DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO DE CUIDAR

Conforme discutido anteriormente, vivemos em uma sociedade em que o cuidado é lote das mulheres. Para MOLINIER (2012) a sociedade ao mesmo tempo que necessita de provedores de cuidado ou de care, nega seu lugar. MOLINIER (2012), a partir da teoria de GILLIGAN (1982, 2009), indica que a forma das mulheres resolverem dilemas morais não são baseadas nos critérios da lei, da imparcialidade e da justiça, mas sim em critérios relacionais e contextuais.

A gênese da opressão da mulher no sistema capitalista é investigada por RUBIN (1993), que busca as origens da divisão sexual do trabalho e o que a manteve até hoje. A autora indica que as mulheres são úteis para o capitalismo, mas o capitalismo apenas se apropriou e reciclou noções de masculino e feminino que o antecedem por séculos. O capitalismo é herdeiro de uma longa tradição em que as

mulheres não lideram, não herdam e não falam com deus. Assim, a força de trabalho contém elementos históricos e morais que estruturam a opressão da mulher e determinam que a mulher seja responsável pelas tarefas domésticas. A partir das teorias de Freud e Lévi-Strauss, a autora traça uma linha histórica da opressão das mulheres:

Lévi-Strauss e Freud elucidam coisas que sem eles seriam mal percebidas enquanto partes das estruturas profundas da opressão sexual. Eles servem para lembrar a intratabilidade e a magnitude daquilo que combatemos, e suas análises fornecem mapas preliminares da maquinaria social que devemos rearrumar (RUBIN, 1993, p. 20).

Assim, para a autora, o tabu do incesto, a heterossexualidade obrigatória e uma divisão assimétrica dos sexos são algumas generalidades básicas da organização da sexualidade humana trazidas pelas teorias de parentesco de Lévi-Strauss. As sociedades primitivas são marcadas pelo tabu do incesto e pela relação social a partir de dar, receber e retribuir presentes, nessas trocas as mulheres são mercadorias muito valiosas, sendo que em cada sociedade isso ocorre de uma maneira específica, em algumas sociedades a troca de mulheres acontece nos casamentos, em outras nas batalhas. Assim, a troca de mulheres são os conteúdos do contrato social original e da assimetria de gênero: quem faz a troca (homem) e o objeto da troca (mulher), isso acarreta na coerção sobre a sexualidade feminina. Ou seja, o homem tem o poder sobre a mulher, ele é o sujeito ativo que realiza a negociação e ela é o objeto, passivo. A origem da opressão das mulheres estaria, portanto, nas sociedades pré-estado:

Se Lévi-Strauss está correto, a troca de mulheres seria o princípio fundamental de parentesco, a subordinação das mulheres pode ser vista como um produto das relações através das quais sexo e gênero são organizados e produzidos. A opressão econômica da mulher é derivada e secundária (RUBIN, 1993, p.11).

Além disso, apoiando-se na teoria de Lévi-Strauss, RUBIN (1993) discute que a divisão sexual do trabalho não teria nenhum fundamento biológico, uma vez que em cada sociedade esses papéis variam. O propósito da divisão seria assegurar a união dos homens e mulheres, fazendo com que as unidades econômicas tenham sempre um homem e uma mulher, sendo assim a heterossexualidade seria reafirmada e necessária. Acompanhando seu raciocínio, a divisão sexual do trabalho

quando surgiu nas sociedades primitivas tinham sua função de organizar a sociedade, no entanto, atualmente é apenas uma repetição e a única forma de transformar essa realidade seria a partir do parentesco.

Sendo assim, a divisão sexual do trabalho só pode ser transformada caso o cuidado não seja unicamente papel da mulher:

Por um lado, o amor da menina por sua mãe está induzido pelo trabalho da mãe ao cuidar da criança. A menina é então obrigada a abandonar este amor por causa do papel sexual feminino: pertencer a um homem. Se a divisão sexual do trabalho fosse tal que adultos de ambos os sexos tomassem conta da criança igualmente, o objeto primário de escolha seria bissexual. Se a heterossexualidade não fosse obrigatória, esse amor precoce não deveria ser reprimido, e o pênis não seria supervalorizado (RUBIN, 1993, p.20).

Assim, se não foi o capitalismo que fundou a opressão da mulher e a divisão sexual do trabalho, embora tenha se utilizado disso, não seria a ida das mulheres ao mercado de trabalho que transformaria essa realidade.

No entanto, de acordo com HIRATA E GUIMARÃES (2012), a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho em praticamente todos os países do mundo, juntamente com o envelhecimento da população vêm aumentando a demanda por cuidado profissionalizado tanto junto às crianças, como aos idosos e aos portadores de doenças físicas ou mentais. Nesse sentido, SOARES (2012) indica que nos Estados Unidos as clínicas de repouso já empregam mais do que as indústrias automobilística e siderúrgica juntas. Para SORJ E FONTES (2012), embora a maior parte do cuidado seja provido por membros da família, sobretudo por mulheres, nas últimas décadas houve uma significativa transferência do trabalho não pago de cuidados da família para as instituições do mercado e públicas.

HIRATA E GUIMARÃES (2012) indicam que o cuidado diz respeito a toda sociedade, e no entanto, tem sido efetuado principalmente pelas mulheres. As autoras discutem a dificuldade em definir o preço justo desse trabalho, que atualmente, com sua profissionalização e aumento da remuneração, vem sendo questionado como natural das mulheres. Nesse sentido, segundo MOLINIER (2012), o valor do trabalho não é conferido de fora para dentro por outrem, ele depende do que é importante para nós. Entretanto, o reconhecimento no trabalho é crucial, na

medida em que necessitamos que o valor que lhe atribuímos seja compreendido e respeitado. Dessa forma, são a admiração e o respeito recíprocos que selam a dimensão ética do reconhecimento e a negação do reconhecimento é a forma maior de sofrimento no trabalho. Sendo assim, a remuneração, que diz respeito ao valor do trabalho, é fundamental na relação trabalhista que envolve o cuidado.

HIRATA (2014), após realizar uma pesquisa no Brasil, Japão e França encontrou que o ponto unificador dos trabalhadores do care é a precarização do itinerário profissional, ou seja, os mais vulneráveis que se tornam provedores do care, seja por questões de gênero, de classe ou de raça. Assim, ela considera que seria importante a análise dessas três categorias ocorrer conjuntamente, o que é denominado: consubstancialidade das relações sociais. A autora considera ainda, além das teorias feministas (em que a desvalorização do care ocorreria devido a continuidade da desvalorização do trabalho doméstico e de cuidado familiar, executado gratuitamente pelas mulheres), a teoria de PAPERMAN (2013) em que a vulnerabilidade de quem necessita de cuidados repercute sobre o status do cuidador. Ou seja, a população que precisa ser cuidada é considerada de segunda categoria por ser constituída por grupos e pessoas vulneráveis, assim existiria um círculo vicioso entre a desvalorização do cuidador e daquele que é cuidado.

MOLINIER (2012) procura compreender o cuidado em uma visão transdisciplinar, unido psicologia e sociologia, de modo que se considere as dimensões políticas, práticas e éticas. Para ela, atualmente, o cuidado é muitas vezes abordado sob a perspectiva androcêntrica e, portanto, é descrito como atividade subalternas que todos podem exercer e marcado por sentimentalismo. Sendo assim, é difícil medir seu valor. A autora questiona como se mede o valor de um sorriso ou de uma presença e questiona porque aquilo que mais tem valor é o que menos se remunera.

Nesse sentido, segundo SOARES (2012), o trabalho de cuidar tem suas raízes na família, na esfera privada, de onde carrega a invisibilidade e um padrão de reconhecimento e qualidade: "ele será considerado tão mais bem feito quanto mais se aproximar do cuidado que seria dedicado por quem o faz a um membro de sua

própria família" (SOARES, 2012, p.46). Para MOLINIER (2012), exceto as crianças abandonadas, todos nós já fomos servidos sem precisar pedir e quase sempre por mulheres, assim, existe o fantasma de um cuidado sem sujeito, inesgotável, sem esperar nada em troca. GUIMARÃES et al. (2012) indicam que o cuidado está profundamente naturalizado como se fosse inerente a posição e disposição (habitus) feminino, mas na medida em que se profissionaliza, se torna uma atividade remunerada e deixa de ser uma profissão naturalmente feminina.

O trabalho do cuidado envolve, portanto, importantes questões relacionadas a divisão sexual do trabalho, além disso, o aspecto emocional do cuidado é fundamental e também envolve relações de gênero. De acordo com SOARES (2012) há uma divisão sexual do trabalho emocional em que as emoções são valorizadas ou não dependendo do sexo da pessoa, por exemplo, a agressividade em um homem é valorizada, em uma mulher, não, e aos homens delegam-se funções que exijam agressividade, que sejam duros, rudes, frios; enquanto às mulheres confiam-se as tarefas que exigem delicadeza, empatia, gentileza, sensibilidade.

Assim, a divisão sexual do trabalho foi construída socialmente a partir de uma lógica de opressão feminina que marca o lugar desvalorizado da mulher no mercado profissional. Essa realidade está imbricada no tratamento às crianças e adolescente com problemas de saúde mental, uma vez que os profissionais desse campo são, em sua maioria, do sexo feminino.

As mulheres são marcadas historicamente e socialmente pela passividade, submissão e assujeitamento. A pessoa assujeitada não participa dos processos que está envolvida e os fatos não dependem de movimento algum dela, e, portanto, dificilmente a pessoa tem a possibilidade de transformar a realidade.

Assim, se investigará as implicações presentes no cuidado em saúde mental infantojuvenil em que as cuidadoras, em sua maioria mulheres, são responsáveis por dar voz às pessoas em sofrimento psíquico e transformar uma história de cuidado manicomial.

3. HIPÓTESE E OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESE

As questões de gênero influenciam a percepção dos profissionais acerca da natureza do trabalho de cuidados em saúde mental infantojuvenil que, assim, se refletem nas práticas voltadas a essa população.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. GERAL

Caracterizar como o gênero (lógicas masculinas/femininas), enquanto instituição socialmente construída, repercute nas relações profissionais e interpessoais no âmbito dos CAPSi e nos cuidados dispensados aos usuários dos serviços e aos seus familiares.

3.2.2. ESPECÍFICOS:

1. Verificar em que consiste, para profissionais de CAPSi, o cuidado em saúde mental infantojuvenil, ou seja, quais são os principais aspectos envolvidos nesse trabalho, os desafios enfrentados e o valor desse ofício para os trabalhadores.
2. Caracterizar como se constitui o cuidado em saúde mental infantojuvenil nas instituições pesquisadas, seus objetivos e seu processo de realização (lógica sócio- inclusiva / lógica clínica-terapêutica).
3. Identificar os sentidos que profissionais de CAPSi atribuem aos diferentes sexos e aos diferentes gêneros dos usuários e de seus familiares e como tais atribuições se relacionam com o cuidado oferecido.
4. Compreender como os profissionais, de acordo com seu pertencimento a determinado sexo e gênero, percebem seu trabalho e como tal percepção permeia o cuidado em saúde mental e as relações institucionais nos CAPSi investigados.

4. MÉTODO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A pesquisa teve como campo dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis localizados no estado de São Paulo nos quais havia um número comparável de profissionais do sexo masculino e feminino. O Estado de São Paulo concentra aproximadamente 30% dos CAPSi existentes no Brasil (BRASIL, 2015).

O critério de escolha das unidades se baseou na disponibilidade das instituições em participar da pesquisa. Buscou-se contemplar duas instituições localizadas em regiões distantes uma da outra, e gerenciadas por diferentes órgãos, de modo a abarcar maior diversidade de profissionais, tratamento oferecido, bem como de funcionamento institucional e relações interpessoais. Assim, os CAPSi pesquisados têm características muito distintas entre si. A localização de cada um deles determina a demanda institucional, o investimento nos serviços, bem como a organização de cada unidade, a forma de gerência também caracteriza cada um dos serviços.

4.1.1. CAPSi 1

O CAPSi 1, de acordo com a coordenadora do serviço, está localizado em um espaço que era uma escola para deficientes e depois que a educação inclusiva começou a existir passou a ser uma pré-escola que começava o ano com 40 alunos e acabava com apenas 20 (sendo que o espaço comporta muito mais que 40 pessoas). Assim, era um espaço que poderia ser melhor utilizado. O esvaziamento ao longo do ano era devido ao fato de que muitos pais descobriam que era uma escola especial antes de ser pré-escola e tiravam seus filhos de lá por preconceitos.

Nessa época, relata a coordenadora, o CAPSi funcionava em uma espécie de porão de um hospital e ela estava buscando espaços e parcerias para que as crianças atendidas interagissem e tivessem um local mais adequado às suas necessidades. Até que conheceu essa escola e tentou uma parceria, um contato entre as crianças, mas os pais dos alunos da escola não quiseram, tinham medo de contágio dos problemas de saúde mental. Então, ela começou a usar o espaço no período da tarde, que estava vago e assim se aproximou da diretora da escola, que em certo momento resolveu sair pois disse estar sobrecarregada, por coordenar duas escolas. Assim, os alunos da escola foram remanejados, e o espaço ficou vago.

Depois de muita insistência da coordenadora do CAPSi com a prefeitura ela conseguiu o espaço. Então, limparam as salas que eram uma espécie de almoxarifado da educação da região, com pilhas de brinquedos e livros em bons estado que estavam inutilizados e o CAPSi se instalou lá. O estabelecimento é bastante amplo, com espaços abertos, bem adequado à proposta dos CAPSi, as paredes são desenhadas, o teto é decorado, as portas têm colagens, sendo que tudo foi feito pelos usuários. É localizado entre uma escola estadual, um consultório para deficientes visuais da prefeitura e um consultório de dentista.

O CAPSi é gerenciado pela Organização Social de Saúde Associação Saúde da Família e, segundo a coordenadora, há diversas dificuldades na relação com outros serviços da região, principalmente com os serviços da prefeitura, por serem gerenciados por outras instâncias. Além disso, os profissionais relatam dificuldades referentes ao repasses de verba da prefeitura, eles dizem que o município é relativamente rico, entretanto, não investem no serviço.

A equipe do CAPSi é composta por 28 profissionais, sendo dois assistentes sociais, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, dois fonoaudiólogos, quatro psicólogos, um psiquiatra, um clínico geral, um educador físico, três terapeutas ocupacionais, um monitor de oficina, dois acompanhantes comunitários, dois auxiliares administrativos e um gerente.

O serviço é dividido em 3 miniequipes a partir de uma divisão por território. Há reuniões de equipe uma vez por semana e de miniequipe também uma vez por semana. Atualmente, o serviço está sem supervisão institucional. Há alguns cursos de capacitação profissional na região, financiados pela prefeitura, bem como pela Organização Social de Saúde (OSS) - Associação Saúde da família. Enquanto eu realizava a pesquisa tiveram cursos para capacitar profissionais para lidar com crianças autistas. Atualmente é o único CAPSi do município e atende em média 470 crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, sendo que as crianças mais jovens têm 2 anos. A maior parte dos usuários são crianças com autismo, segundo a coordenadora, cerca de 70% dos usuários.

4.1.2. CAPSi 2

O CAPSi 2, de acordo com os profissionais do serviço, localiza-se em um município do estado de São Paulo que existe há cerca de 60 anos, quando foi separado do município vizinho, desde então, enfrenta dificuldades de repasse financeiro e problemas relacionados a despejo de lixo e intensa poluição, devido a alta industrialização local e ao lugar que ocupa na região. Atualmente, está entre os municípios mais pobres do estado de São Paulo. O município enfrenta intensos problema de saúde e de saúde mental que estão ligados ao alto índice de violência do local. Os profissionais estimam que a grande maioria das crianças e adolescentes em atendimento no CAPSi 2 sofram ou sofreram algum tipo de violência.

No ano de 2005, o funcionamento da saúde mental no município sofreu mudanças e os CAPS foram implementados e inaugurados. Antes disso, havia 3 ambulatorios de saúde mental geral, que atendiam adultos, crianças e adolescentes.

No ano de 2013, o CAPSi 2 mudou a forma de atuar, estabeleceu-se em uma casa maior, ampliou a equipe, passou a funcionar das 7h às 19h de segunda a sexta feira e iniciou o trabalho de estabelecer e fortalecer a rede com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda assim, a casa é bastante dividida com diversas salinhas e os recursos materiais são escassos. Os profissionais relatam o histórico de diversos assaltos e roubos ao serviço no período da noite, de modo que perderam aparelhos de televisão, computadores e outros bens materiais.

Atualmente, o CAPSi 2 é o único CAPSi do município e a única referência de psiquiatria infantil, ele é gerenciado pela prefeitura em parceria com a Organização Social de Saúde - (OSS) Fundação ABC. Atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, sendo que há poucos usuários com mais de 18 anos e as crianças mais jovens tem 2 anos, a maior parte dos usuários são crianças com autismo e

adolescentes por volta dos 13/14 anos. Atualmente há 414 prontuários ativos na instituição.

A equipe é composta por 32 profissionais, sendo três assistentes sociais, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, um fonoaudiólogo, quatro psicólogos, um psiquiatra, um terapeuta ocupacional, dois monitores de oficina, duas recepcionistas, três agentes administrativos, um gerente, três estagiários de serviço social, um estagiário de terapia ocupacional e um residente em psiquiatria. O serviço é organizado em 4 miniequipes a partir de uma divisão por território de saúde. Há reuniões de equipe duas vezes por semana e de miniequipe uma vez por semana. Atualmente, o serviço está sem supervisão institucional. Segundo os profissionais, havia semanalmente cursos do programa de educação permanente, mas há algum tempo que não ocorrem.

4.2. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA

4.2.1. TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS UTILIZADAS

Foram utilizados: formulário, entrevistas semi-abertas e grupos focais. Para suas respectivas aplicações agendaram-se horários de acordo com a disponibilidade dos profissionais e lógica de funcionamento dos serviços. Todos os instrumentos foram submetidos à pré-testes a fim de verificar as dificuldades do aplicador, as

dificuldades de entendimento das questões, a duração de suas aplicações, bem como a pertinência das questões.

Observou-se, no processo de realização dos pré-testes, que os sujeitos ao serem solicitados a evocar palavras a partir de um estímulo que contém um termo indutor daquilo que se deseja saber, muitas vezes, fazem revelações mais ricas que em uma entrevista em que tem a liberdade de falar abertamente sobre um tema. Dessa forma, optou-se por utilizar ambos os instrumentos (formulário com termos indutores e entrevistas semi-estruturadas, além de grupos focais) a fim de se extrair dados mais ricos e consistentes.

Os dados dos formulários foram gravados e analisados com a utilização do software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse de Évoctions - Conjunto de Programas para a Análise de Evocações*), utilizando-se para isso derivações conceituais da teoria das representações sociais e da sua vertente teórica do núcleo central. As entrevistas e os grupos focais foram gravados e posteriormente transcritos para serem submetidas à análise temática de conteúdo.

4.2.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos se dividiram conforme a técnica de coleta de dados aplicada, uma vez que há uma variabilidade de sujeitos de acordo com a ferramenta empregada. Assim, de acordo com o instrumento tivemos:

1. Formulário aplicado a 50 profissionais, que é o número mínimo de sujeitos necessário para aplicação do software EVOC, utilizado na análise dos dados. Segue caracterização dos sujeitos:

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos participantes do EVOC.

SUJEITO	SEXO	FORMAÇÃO/FUNÇÃO NO SERVIÇO
1	MASCULINO	FARMACÊUTICO
2	FEMININO	FONOAUDIÓLOGO
3	FEMININO	PSICÓLOGO
4	FEMININO	ENFERMEIRO
5	FEMININO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
6	FEMININO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
7	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
8	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - ACOMPANHANTE COMUNITÁRIA
9	FEMININO	ADMINISTRAÇÃO
10	FEMININO	PSICÓLOGO
11	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - APOIO
12	FEMININO	PSICÓLOGO
13	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO
14	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - OFICINEIRA
15	FEMININO	PSICÓLOGO
16	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - APOIO
17	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
18	MASCULINO	MÉDICO
19	FEMININO	FONOAUDIÓLOGO
20	FEMININO	PSICÓLOGO
21	FEMININO	ENFERMEIRO
22	MASCULINO	EDUCADOR FÍSICO
23	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
24	FEMININO	ENFERMEIRO
25	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
26	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
27	MASCULINO	MÉDICO
28	MASCULINO	LOGÍSTICA, TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO
29	FEMININO	ADMINISTRAÇÃO
30	MASCULINO	PSICÓLOGO
31	MASCULINO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
32	FEMININO	FARMACÊUTICO
33	FEMININO	PSICÓLOGO
34	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
35	FEMININO	PSICÓLOGO
36	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
37	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - APOIO
38	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - APOIO
39	FEMININO	PSICÓLOGO
40	FEMININO	ENFERMEIRO
41	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO
42	FEMININO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
43	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO
44	MASCULINO	PSICÓLOGO
45	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL E PSICÓLOGO
46	MASCULINO	PSICÓLOGO
47	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
48	FEMININO	AUXILIAR DE FARMÁCIA
49	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO
50	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL

2. Grupos focais que foram realizados com os profissionais que se disponibilizaram a participar. Os grupos no CAPSi 1 totalizou 7 profissionais e no CAPSi 2 9 profissionais, segue a caracterização dos participantes:

Tabela 2: Caracterização dos sujeitos participantes do GF no CAPSi 1.

SUJEITO	SEXO	FORMAÇÃO/FUNÇÃO NO SERVIÇO
1	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - ACOMPANHANTE COMUNITÁRIA
2	FEMININO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
3	FEMININO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
4	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
5	FEMININO	PSICÓLOGA
6	MASCULINO	FARMACÊUTICO
7	FEMININO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Tabela 3: Caracterização dos sujeitos participantes do GF no CAPSi 2.

SUJEITO	SEXO	FORMAÇÃO/FUNÇÃO NO SERVIÇO
1	FEMININO	ENFERMEIRO
2	FEMININO	PSICÓLOGO
3	MASCULINO	PSICÓLOGO
4	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
5	MASCULINO	ADMINISTRAÇÃO
6	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
7	FEMININO	ADMINISTRATIVO
8	MASCULINO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
9	FEMININO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Conforme indicado por TANAKA E MELO (2004), buscou-se que o grupo totalizasse entre 6 a 10 profissionais, os autores recomendam que se convidem mais de 20% do total para cobrir possíveis ausências, o que foi feito.

No processo de escolha dos profissionais, procurou-se agrupar as pessoas que trabalhavam na mesma mini-equipe, uma vez que a proposta era discutir casos atendidos, considerou-se importante que todos os participantes conhecessem o caso escolhido para maior profundidade da discussão.

3. Entrevistas com o total de profissionais do sexo masculino e o número correspondente de mulheres, o que totalizou em cada uma das instituições 8 profissionais. Procurou-se incluir trabalhadores de diferentes segmentos

profissionais de acordo com sua disponibilidade em participar da pesquisa, segue a caracterização dos sujeitos entrevistados:

Tabela 4: Caracterização dos sujeitos participantes das entrevistas individuais semi-estruturadas nos CAPSi.

SUJEITO	CAPSi	SEXO	FORMAÇÃO/FUNÇÃO NO SERVIÇO
1	1	MASCULINO	FARMACÊUTICO
2	1	FEMININO	PSICÓLOGO
3	1	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
4	1	FEMININO	SUPERIOR INCOMPLETO - OFICINEIRA
5	1	MASCULINO	MÉDICO - CLÍNICO GERAL
6	1	FEMININO	FONOAUDIOLÓGA
7	1	MASCULINO	EDUCADOR FÍSICO
8	1	MASCULINO	MÉDICO - PSIQUIATRA
9	2	MASCULINO	ADMINISTRAÇÃO
10	2	MASCULINO	PSICÓLOGO
11	2	MASCULINO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
12	2	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
13	2	FEMININO	ENFERMEIRO
14	2	MASCULINO	PSICÓLOGO
15	2	FEMININO	ASSISTENTE SOCIAL
16	2	FEMININO	TERAPEUTA OCUPACIONAL

4.3. CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a consecução dos objetivos propostos se utilizou da triangulação dos dados obtidos no formulário, nas entrevistas e nos grupos focais. A pesquisa, exploratória e descritiva, caracterizou-se por uma abordagem quantitativa e qualitativa de análise dos dados.

De acordo com SOUZA e ZIONI (2003) a triangulação de dados ocorre quando se usam diferentes métodos para analisar o mesmo fenômeno em uma pesquisa. As autoras indicam vários benefícios que podem ser obtidos com a

utilização da triangulação, dentre eles, maior abrangência do problema de pesquisa; maior validade dos dados e, portanto, maior confiança do pesquisador nos dados; maior profundidade no contexto da pesquisa; além de possibilitar maior riqueza nas explicações sobre o problema de pesquisa.

A triangulação pode ser de diversos tipos, a utilizada no presente estudo foi a triangulação com diferentes métodos de captação e diferentes formas de análise de dados. Assim, utilizou-se tanto de ferramentas oriundas de abordagens quantitativas quanto qualitativa. Essa forma de realizar pesquisa, segundo SOUZA E ZIONI (2003), representa um desafio ao pesquisador, uma vez que os tratamentos quantitativo e qualitativo são distintos e exigem uma postura muito diferente do pesquisador.

Portanto, se utilizou o software EVOC como ferramenta, e a teoria das representações sociais para organização e análise dos dados do formulário. Para sistematização e apreciação dos dados obtidos a partir das entrevistas e dos grupos focais foi utilizado a análise temática de conteúdo.

Para maior clareza na apresentação do procedimento da pesquisa e de seus resultados, optamos por apresentar em ordem sequencial os princípios teóricos e procedimentos técnicos que regem respectivamente os três procedimentos, a saber: os FORMULÁRIOS que contém o EVOC, os GRUPOS FOCALIS e as ENTREVISTAS, sendo esses dois últimos submetidos à ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO.

4.3.1. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL E O USO DO SOFTWARE EVOC

De acordo com JODELET (1993), representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito relaciona-se com um objeto, assim, a representação é a representante mental do objeto que o reconstitui simbolicamente.

As representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm (JODELET, 1993, p.8).

Nesse sentido, ARRUDA (2002) indica que a proposta das representações sociais envolve uma psicosociologia do conhecimento, com forte apoio sociológico, considerando os aspectos subjetivos e cognitivos.

Há dois processos fundamentais na gênese de uma representação social descritos por MOSCOVICI (1961), são eles: ancoragem e objetivação. A ancoragem é definida por CAMPOS (2003) como um constante e permanente processo em que um objeto percebido como novo ou desconhecido, vai sendo "ancorado", associado a conhecimentos e práticas anteriores, ou seja, é o processo de "tornar familiar o que não é familiar". Assim, o estudo da ancoragem é o estudo dos processos sociais e cognitivos que sustentam viva a representação. A objetivação faz parte do que está dado, instituído, constituído, é algo que já está familiarizado no senso comum.

Segundo ARRUDA (2002), a representação social opera uma transformação do sujeito e do objeto, de forma que ambos são modificados no processo de elaboração do objeto. Assim, a representação social é uma versão da realidade e não uma cópia, ela está constantemente se modificando e transformando-se a partir do objeto num intercâmbio mútuo.

Nesse sentido, CAMPOS (2003) indica que a relação entre práticas e representações são complexas e, até agora, pouco estudadas. Entretanto, para ABRIC (2003), as representações de um indivíduo determinam suas ações por meio de uma interação significativa, assim, há um vínculo forte entre as representações de um indivíduo e suas ações.

Segundo ABRIC (2003) uma representação social é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes que constitui um sistema socio-cognitivo particular. Esse conjunto é composto de um sistema central, denominado: Núcleo Central e de um Sistema Periférico. Assim, conforme CAMPOS (2003) conhecer uma representação implica conhecer seu núcleo central e seu sistema periférico.

A teoria do núcleo central e periférico reproduz uma forma descritiva de como as representações sociais se organizam para determinado grupo estudado. Para ABRIC (2003) o núcleo central assegura três funções essenciais da representação social: seu significado, sua organização interna e sua estabilidade. E o sistema periférico tem as funções de concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização.

Segundo ABRIC (2003), o núcleo central resiste a mudanças, uma vez que qualquer mudança nele provoca uma completa transformação na representação, seu conteúdo é estável, não varia de acordo com o contexto. Já o sistema periférico é bem menos limitante, é mais leve e flexível. ABRIC (2003) compara o núcleo central ao cérebro da representação social e o sistema periférico ao corpo.

Assim, pode-se definir: Sistema Central (núcleo central) como consensual, coeso, rígido, estável, mais difícil de apresentar mudanças, e assim, define a homogeneidade do grupo. E Sistema periférico (elementos periféricos) como flexível, instável, sensível ao contexto imediato, e portanto, define heterogeneidade do grupo.

Uma outra definição é apresentada por CAMPOS (2003): O sistema central é vinculado às condições históricas, sociológicas e ideológicas, além de ser ligado aos valores e normas sociais. E o sistema periférico é ligado ao contexto imediato, à

história pessoal do indivíduo e permite a adaptação da representação às mudanças conjunturais.

Assim, o núcleo central constitui o elemento mais estável da representação e sua classificação depende tanto de aspectos qualitativos como quantitativos: "Procurar o núcleo central, é então, procurar a raiz, o fundamento social da representação, que, em seguida modulará, se diferenciará e se individualizará no sistema periférico" (ABRIC, 2003, p.40).

Assim, a partir da teoria das representações sociais com o uso do software EVOC, que será explicado adiante, podemos captar importantes aspectos referentes às relações de gênero entre profissionais de CAPSi e usuários/familiares e, de certa forma, contribuir com a reflexão e, portanto, transformação dos profissionais no que diz respeito à suas atitudes e pensamentos sobre gênero.

Alguns anos após o desenvolvimento da teoria do núcleo central, VERGÈS (2002) desenvolve estratégias metodológicas que tomam os sistemas central e periférico como objeto de pesquisa possibilitando, através do método de associação de palavras, criar um novo esquema de apresentação das representações em forma de quadrantes em que combina a frequência de palavras evocadas com a ordem média de evocações (OME) em que estas aparecem. Assim, ele cria o software EVOC que permite criar um banco de dados a partir das evocações geradas pelos sujeitos investigados pelo método de indução de associação de palavras. Desse modo, o EVOC permite a visualização das representações sociais, possibilitando maior objetividade na análise das representações sociais.

Nesse sentido, de acordo com REIS et.al. (2013), o uso de softwares nas pesquisas qualitativas passou a ser empregado em diferentes etapas da pesquisa, auxiliando na credibilidade, na execução e no rigor das informações colhidas. Respondendo a um período de questionamento sobre a validade e a generalização dos dados obtidos em pesquisas qualitativas, o uso de softwares fortaleceu o método qualitativo que estava passando por um período de rejeição em meados da década de 1980.

Para REIS et.al. (2013), o software EVOC identifica a frequência e a ordem média de evocações de palavras, facilita na aproximação dos elementos de uma representação e possibilita entender as distâncias estabelecidas entre as representações:

É portanto, o EVOC, um instrumento técnico, informatizado e teórico metodológico que tem por finalidade gerar dados que auxiliarão o pesquisador a analisar e inferir a forma como se organiza a disposição das representações sociais investigadas (REIS et.al. 2013, p.34).

Assim, de acordo com REIS et.al. (2013) a partir de uma pergunta inicial, o sujeito de pesquisa é solicitado a evocar de 3 a 8 palavras e é pedido que ele determine dentre essas palavras a mais representativa para ele. No caso dessa pesquisa, optou-se por solicitar 5 palavras, de forma que é um número intermediário de palavras dentro do que a teoria sugere.

A pergunta tem por objetivo gerar um estímulo que induzirá o entrevistado a responder da forma mais espontânea possível o que lhe vier à cabeça, associando palavras ao estímulo disparador. Essas palavras, junto à identificação dos sujeitos consistem no banco de dados do EVOC.

A ordem de evocação das palavras é usada para dar relevância à palavra citada. A primeira palavra a ser evocada tem mais relevância, pois tem maior força de ligação com o estímulo dado. Matematicamente o EVOC contabiliza a primeira evocação com peso 1, a segunda 2 e assim por diante. Então, o programa realiza uma série de cálculos matemáticos para chegar ao núcleo central e aos sistemas periféricos, bem como a zona de contraste que será explicada adiante.

4.3.2. AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

As entrevistas semi-estruturadas consistem em uma forma de captação de dados utilizada frequentemente em pesquisas qualitativas, nelas elabora-se um roteiro de perguntas que serve de base para a realização das entrevistas, mas o pesquisador tem a liberdade de se aprofundar nos temas que aparecem ao longo de cada entrevista, caso sejam de seu interesse para o objetivo da investigação. Nesse sentido, segundo BONI e QUARESMA (2005), as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e o entrevistador deve ficar atento para dirigir oportunamente a discussão para o assunto que o interessa, com perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante saia do tema por alguma razão.

Portanto, de acordo com BONI e QUARESMA (2005), apesar do pesquisador seguir um conjunto de questões previamente definidas, ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Nesse sentido, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas e possibilitam uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados. Ou seja, quanto maior a liberdade entre entrevistador e entrevistado, maior a chance de surgirem questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser úteis aos objetivos da pesquisa.

Desse modo, o objetivo da pesquisa precisa estar bem definido para que ocorra uma boa entrevista. Além disso, de acordo com DUARTE (2004) é necessário que o pesquisador conheça o contexto do local a ser investigado e esteja com o roteiro introjetado para que se sinta seguro em sua atuação. A definição do objetivo introjetado pelo pesquisador possibilita que a entrevista seja uma conversa informal, mas que não fuja do foco.

Para DUARTE (2004), se forem bem realizadas, as entrevistas semi-estruturada permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como os sujeitos percebem e significam sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica presente nas relações estabelecidas no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados. De acordo com BONI e QUARESMA (2005) as técnicas de entrevista semi-estruturada têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos.

4.3.3. OS GRUPOS FOCALIS

O grupo focal é um instrumento de pesquisa que, a partir de um tópico lançado pelo pesquisador, se apóia na interação entre os participantes para colher dados. Nesse sentido, para BACKES et al. (2011) o grupo focal é um instrumento rico quando se considera a tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros sujeitos, uma vez que o grupo focal se desenvolve a partir de uma perspectiva dialética.

De acordo com CARLINI-COTRIM (1996) uma vez conduzido o grupo, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão focada em um tópico específico (por isso o nome grupo focal). Portanto, a condução do grupo focal se dá a partir de um roteiro de tópicos, relacionados às questões de investigação do projeto em pauta. A definição deste roteiro de tópicos deverá ser feita a priori e

recomenda-se que ele seja flexível o suficiente para sofrer pequenas modificações a partir de sua utilização.

CARLINI-COTRIM (1996) indicam que como a proposta do método é desenvolver uma discussão focada em um tema específico, recomenda-se que esse roteiro contenha entre 2 e 5 tópicos no máximo, dependendo do tempo disponível, do número de participantes e do estilo do moderador (mais ou menos diretivo). Estes tópicos não devem ser expressos ao grupo em forma de perguntas, mas na forma de estímulos para introduzir o assunto. Pode-se também utilizar como estímulo cartazes, figuras, filmes ou uma estória. Algo sucinto, mas que instigue a discussão.

Segundo LENY (2009) a seleção e o número de participantes do grupo são intencionais, em consonância com os objetivos da pesquisa. De acordo com RESSEL et al. (2008) deve haver pelo menos um ponto de semelhança entre os participantes do grupo.

RESSEL et al. (2008) recomendam que haja entre 6 e 15 participantes no grupo dependendo da intenção do pesquisador: se quer se aprofundar no tema se recomenda grupos menores ou, se quiser maior número de ideias, grupos maiores. Para TANAKA e MELO (2004) um bom número de participantes é de 6 a 10.

De acordo com RESSEL et al. (2008) se for realizado mais de um encontro, no início de cada sessão se expõe um resumo do encontro anterior e o objetivo daquele encontro. A autora indica também a importância de confirmar via telefone o horário e o local na véspera do grupo para estimular a presença dos participantes. Além disso, é fundamental preparar o espaço físico e os instrumentos necessários para a realização e gravação do grupo de forma acolhedora, tomando cuidado com privacidade, conforto e acesso. CARLINI-COTRIM (1996) indicam que para iniciar o trabalho faz-se uma breve rodada de apresentação dos participantes, que serve como quebra de gelo inicial e como uma tática para esperar os retardatários. Tipicamente não se admite mais a entrada de pessoas a partir desse ponto. Daí para a frente, inicia-se a exploração do foco do estudo.

Para LENY (2009) o moderador ou coordenador do grupo devem primeiramente conhecer substancialmente o tópico em discussão e deve haver um segundo moderador além de observadores, sempre cuidando para que não haja pessoas estranhas que possam inibir o grupo.

Segundo GONDIM (2002) tem algumas regras básicas que devem ser expostas pelo moderador no início de cada encontro: 1) falar uma pessoa de cada vez. 2) evitar discussões paralelas para que todos possam participar. 3) dizer livremente o que pensa. 4) evitar o domínio da discussão por parte de um dos integrantes. 5) manter a atenção e o discurso na temática em questão.

Segundo CARLINI-COTRIM (1996) o moderador ou coordenador exerce diferentes papéis na condução do trabalho: introduzir a discussão, conduzi-la e mantê-la acessa, solicitar esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos, conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado, estimular os tímidos e desestimular os tipos dominadores, que não conseguem parar de falar, cabe também ao moderador finalizar o grupo, solicitando uma última rodada de fechamento. Aqui, diferente do início do grupo, deve-se estimular comentários, caso o assunto em pauta continue sendo abordado após o término formal do grupo. Para RESSEL et al. (2008) ao finalizar o grupo é importante perguntar se os participantes querem fazer mais algum comentário e perguntar como se sentiram.

MIRANDA et al. (2008) indicam que o moderador não deve tomar um posicionamento diante da discussão, fechando alguma questão, ao contrário, necessita ser hábil a controlar seus julgamentos e criar condições para que a discussão flua entre os participantes. Assim, seu papel é facilitar a discussão e estar atento aos jogos de influência que surgem em torno das opiniões. Segundo GONDIM (2002) a unidade de análise do grupo focal, bem como em qualquer grupo, é o próprio grupo como um todo e não os indivíduos. Assim, as ideias são atribuídas ao grupo mesmo quando haja discordância de algum membro, desse modo, cabe ao moderador chamar a atenção para argumentos discordantes a fim de formar uma unidade em torno das ideias comuns.

Ainda de acordo com RESSEL et al. (2008) o papel do observador é captar informações não verbais e realizar anotações no diário de campo do pesquisador. BACKES et al. (2011) indicam que o observador tem um papel importante uma vez que ele é responsável por registrar os encontros (controlar o gravador, fazer anotações e registros para facilitar na transcrição dos dados), auxiliar a conduzir as discussões e colaborar com o controle do tempo. Os autores indicam que o tempo de duração do grupo deve variar entre uma hora e meia e duas horas.

Após os encontros é importante haver uma conversa para discutir o que ocorreu naquele dia. Nesse sentido, CARLINI-COTRIM (1996) indicam que muitas vezes o processo de análise acontece de modo simultâneo com a coleta de dados. Por adotar um processo indutivo, em que as categorias e hipóteses explicativas se formam a partir dos dados, é procedimento habitual de pesquisa qualitativa refletir e analisar resultados parciais, visando melhor adequar os procedimentos de coleta de dados aos objetivos da pesquisa.

Para LENY (2009) os grupos focais podem ser usados como única fonte de dados de uma pesquisa ou como técnica complementar às outras fontes. Na presente pesquisa utilizou-se o grupo em combinação com outras técnicas: as entrevistas e os formulários e realizou-se a triangulação das informações obtidas, como parte do processo de validação dos dados. LENY (2009) ainda indica a importância de contemplar dois momentos de análise dos dados, a análise de cada grupo e a análise do conjunto dos grupos realizados.

4.3.4. ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO: ENTREVISTAS E GRUPOS FOCALIS

Para a análise das entrevistas e do conteúdo dos grupos focais utilizou-se a análise temática de conteúdo.

OLIVEIRA (2008) desenvolveu uma sistematização de procedimentos para realizar a análise temática de conteúdo, que são: 1. Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto que consiste na leitura exaustiva do conjunto de textos a ser analisado, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes, como se flutuasse sobre o texto, ou seja, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura. 2. Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado, uma vez que a leitura flutuante permite a construção de hipóteses, sempre provisórias. 3. Determinação das unidades de registro (UR): consiste na escolha do tipo de unidade de registro que será adotada pelo pesquisador ao longo da análise, ressaltando que apenas um tipo de unidade deverá ser utilizada durante uma mesma análise, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação. As unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas, objetos, personagem, acontecimento ou documento. 4. Marcação no texto do início e final de cada UR observada, lembrando que a maior parte do texto deve ser transformada em UR. 5. Definição das unidades de significação ou temas: associação das UR a unidades de significação ou temas, ou seja, cada tema será composto por um conjunto de UR.

De acordo com CAMPOS (2004) os agrupamentos das UR podem ser realizados de acordo com a frequência que aparecem ou pela relevância do tema, que pode não se repetir dentre os sujeitos de pesquisa, mas ser rico e considerado importante pelo pesquisador.

OLIVEIRA (2008) indica que a análise categorial do texto é realizada a partir dos temas determinados e da sua quantificação, devem ser definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Os resultados poderão ser apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria ou, ainda, em forma de tabelas e gráficos, quadros seguidos de descrições cursivas e outros. Discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo: as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de re-apresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico. Essa lógica aplicada ao objeto de estudo e as construções teóricas dela emanadas precisam ser explicitadas, em termos do objeto reconstruído pela análise num trabalho posterior à aplicação da técnica.

CAMPOS (2004) indica que esse processo todo de análise de dados é solitário e necessita de uma validação externa que pode ser realizada por pares ou grupos de pesquisa. O que, na presente pesquisa, foi realizado constantemente.

Após realizar-se o processo de análise temática de conteúdo obteve-se categorias distintas para as entrevistas e para os grupos focais. Então, comparou-se as categorias de forma que as categorias iguais foram agrupadas formando alguns temas centrais que foram analisados conjuntamente, sendo que alguns puderam ser relacionados aos resultados obtidos a partir da análise de evocações. Outras categorias não puderam ser relacionadas a outros métodos, mas foram analisadas quando julgou-se importante ou por sua repetição em diferentes sujeitos ou por sua relevância em relação ao tema da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com 8 profissionais do sexo masculino e 8 do sexo feminino e, portanto, foram analisadas de forma separada a fim de se comparar as respostas dadas pelos profissionais de diferentes sexos.

Após esse processo, obteve-se os temas centrais apresentados na discussão dos resultados com trechos de falas das entrevistas, grupos focais e resultados

obtidos no EVOC. Identificamos o CAPSi, o sujeito e o grupo em que essas falas foram expressas, visando melhor compreensão do leitor. Tomou-se o devido cuidado ético no uso de todo o instrumental.

4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Anteriormente à coleta dos dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa unificado pela Plataforma Brasil.

A confidencialidade, o sigilo e a participação voluntária dos participantes foram garantidas aos sujeitos da pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual incluiu a referência ao uso de gravadores. O TCLE foi assinado pelos participantes tanto para a realização dos formulários, como das entrevistas e dos grupos focais.

Riscos mínimos: O formulário, bem como as entrevistas e os grupos focais foram realizados com cuidado e conduzidos para não evocar prejuízos aos sujeitos e às relações de trabalho.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. EVOC

Foram 6 termos indutores ou estímulos utilizados, eles foram divididos em 3 blocos com 2 termos indutores em cada:

BLOCO 1 - 1.

1. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado feminino (tanto de profissionais como de familiares) de crianças e adolescentes com transtornos mentais; 2. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado masculino (tanto de profissionais como de familiares) de crianças e adolescentes com transtornos mentais;

BLOCO 2 - 3. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado profissional de meninas com transtornos mentais; 4. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado profissional de meninos com transtornos mentais;

BLOCO 3 - 5. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas a meninas com transtornos mentais; 6. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas a meninos com transtornos mentais.

Em cada bloco há um quadro referente aos 2 termos indutores e duas tabelas que exibem os resultados dos 2 termos indutores de forma separada.

As tabelas mostram as palavras mais evocadas e o número de vezes que foram citadas por profissionais do sexo feminino e por profissionais do sexo masculino. Como em 50 entrevistados havia 41 mulheres e 9 homens, ao lado do número de citações há a porcentagem que esse número bruto significa, seguindo a proporção de homens e mulheres.

Os quadros apresentados são separados em 4 quadrantes: centralidade, 1a periferia, 2a periferia e zona de contraste. Lembrando que o Sistema Central (núcleo central) define a homogeneidade do grupo e o Sistema Periférico (elementos periféricos) é mais flexível, instável, sensível ao contexto imediato e define heterogeneidade do grupo. Ou seja, o sistema central é ligado aos valores e normas sociais, ao instituído e o sistema periférico é ligado à história pessoal do indivíduo, sendo que ele pode validar ou refutar o núcleo central. A zona de contraste, que não foi abordada no Método, é o quadrante em que aparecem palavras importantes citadas por grupos isolados, podendo indicar algo novo que está surgindo ou o que é instituinte.

É importante lembrarmos ainda que o sujeito social é o sujeito das representações sociais e não o indivíduo, assim, a pessoa fala pelo grupo, de um grupo e com alguma intenção a partir dos lugares que o marcam socialmente ou ideologicamente.

Seguem os 3 Blocos, cada um com 1 quadro e 2 tabelas:

BLOCO 1 - Termos indutores: Cuidado feminino (tanto de profissionais como de familiares) de crianças e adolescentes com transtornos mentais e Cuidado masculino (tanto de profissionais como de familiares) de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Quadro 1: Quadro de distribuição de Vergès dos termos evocados, com os estímulos indutores: “Cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais” e “Cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais”.

Termo indutor: cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais (de profissionais ou familiares)				
RANG < 2,5			RANG ≥ 2,5	
Freq ≥ 9	CENTRALIDADE		1ª PERIFERIA	
		Freq OME		Freq OME
	ACOLHIMENTO	9 1,556	AMOR	11 2,636
	CUIDADO	18 2,389	ATENÇÃO	11 2,545
8>Freq ≥ 5	MATERNAGEM	9 2,333	CARINHO	14 2,500
	ZONA DE CONTRASTE		2ª PERIFERIA	
		Freq OME		Freq OME
	ESCUTA	8 2,250	AFETO	7 2,714
5>Freq ≥ 4			COMPREENSÃO	6 2,833
			DEDICAÇÃO	5 3,600
			HIGIENE	6 2,500
			SENSIBILIDADE	5 3.400
Termo indutor: cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais (de profissionais ou familiares)				
RANG < 2,7			RANG ≥ 2,7	
Freq ≥ 6	CENTRALIDADE		1ª PERIFERIA	
		Freq OME		Freq OME
	LIMITE	15 2,267	AUTORIDADE	20 2,750
	REGRA	8 2,000	FORÇA	10 3,100
5>Freq ≥ 4	RESPEITO	7 2,429	HOMEM MAIS DURO	6 3,176
			OBJETIVIDADE	7 3,100
			ORDEM	6 3,167
	ZONA DE CONTRASTE		2ª PERIFERIA	
5>Freq ≥ 4		Freq OME		Freq OME
	CUIDADO	5 2,600	AMOR	5 3,000
	DEDICAÇÃO	4 2,500	AUSÊNCIA	5 3,800
	ESCUTA	4 2,000		
5>Freq ≥ 4	FIGURA-MASCULINA-DIFERENCIADA	4 2,000		

Tabela 5: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais (de profissionais ou familiares).

Mentais (do profissional da família):						
PALAVRAS MAIS EVOCADAS	sexo		PALAVRAS CITADAS COMO MAIS RELEVANTES			
	FEM			MASC		
	n	%		n	%	
Cuidado	15	(36,5%)	3	(33,3%)	cuidado	4
Maternagem	8	(19,5%)	1	(11,1%)	maternagem	2
Amor	8	(19,5%)	3	(33,3%)	amor	4
Atencao	9	(21,9%)	2	(22,2%)	atenção	0
Carinho	12	(29,2%)	2	(22,2%)	carinho	5
Escuta	7	(17%)	1	(11,1%)	escuta	0
Afeto	5	(12,2%)	2	(22,2%)	afeto	1
Compreensao	5	(12,2%)	1	(11,1%)	compreensão	2
Dedicacao	5	(12,2%)	0		dedicação	1
Higiene	6	(14,6%)	0		higiene	0
Sensibilidade	3	(7,3%)	2	(22,2%)	sensibilidade	0
Acolhimento	7	(17%)	2	(22,2%)	acolhimento	4

Tabela 6: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais (de profissionais ou familiares).

PALAVRAS MAIS EVOCADAS	sexo		PALAVRAS CITADAS COMO MAIS RELEVANTES	
	FEM	MASC		
	n %	n %		
Limite	13 (31,7%)	2 (22,2%)	limite	6
Regra	6 (14,6%)	2 (22,2%)	regra	1
Respeito	6 (14,6%)	1 (11,1%)	respeito	5
Autoridade	18 (43,9%)	2 (22,2%)	autoridade	8
Força	9 (21,9%)	1 (11,1%)	força	3
homem-mais-duro	6 (14,6%)	0	homem-mais-duro	1
Objetividade	7 (17%)	0	objetividade	1
Ordem	5 (12,2%)	1 (11,1%)	ordem	0
Escuta	4 (9,7%)	0	escuta	1
figura-masculina-diferença	4 (9,7%)	0	figura-masculina-diferença	1
Amor	4 (9,7%)	1 (11,1%)	amor	1
Ausência	4 (9,7%)	1 (11,1%)	ausência	0
Cuidado	3 (7,3%)	2 (22,2%)	cuidado	0
Dedicação	4 (9,7%)	0	dedicação	1

BLOCO 2 - Termos indutores: Cuidado profissional de meninas com transtornos mentais e Cuidado profissional de meninos com transtornos mentais.

Quadro 2: Quadro de distribuição de Vergès dos termos evocados, com os estímulos indutores: “Cuidado profissional de meninas com transtornos mentais” e “Cuidado profissional de meninos com transtornos mentais”.

Termo indutor: cuidado profissional de meninas com transtornos mentais					
RANG < 2,5			RANG ≥ 2,5		
Freq ≥ 6	CENTRALIDADE			1ª PERIFERIA	
		Freq	OME		Freq OME
	ACOLHIMENTO	6	1,667	ATENDIMENTO-A-FAMILIA	7 3,686
	ESCUA	7	1,714	AUTO-CUIDADO	7 2,857
	HIGIENE	9	2,000	CUIDADO	7 2,857
				IDENTIFICAÇÃO-MULHER	8 2,875
5>Freq ≥ 4				INCLUSÃO-SOCIAL	9 3,556
	ZONA DE CONTRASTE			2ª PERIFERIA	
		Freq	OME		Freq OME
	ATENÇÃO	5	2,200	AFETIVIDADE	4 2,500
	CALMA	5	2,400	AUSÊNCIA-RECURSOS	5 4,000
	DELICADEZA	4	2,250	VÍNCULO	4 2,500
	ORIENTAÇÃO-ESTIMULO	4	2,400		
	RESISTENCIA	4	1,750		
	VAIDADE	5	2,200		
Termo indutor: cuidado profissional de meninos com transtornos mentais					
RANG < 2,5			RANG ≥ 2,5		
Freq ≥ 6	CENTRALIDADE			1ª PERIFERIA	
		Freq	OME		Freq OME
	ACOLHIMENTO	6	1,500	CUIDADO	7 3,000
	ESCUA	12	1,667	FAMÍLIA	10 3,600
	HIGIENE	8	2,000	MAIS-INFRAESTRUTURA	7 2,714
	REGRA	6	2,333	VÍNCULO	6 3,000

5>Freq ≥ 4	ZONA DE CONTRASTE			2ª PERIFERIA		
		Freq	OME		Freq	OME
	AMOR	4	2,000	AUTO-CUIDADO	4	3,000
	ATENÇÃO	4	2,250	ORIENTAÇÃO	5	3,600
	LIMITES	5	2,200			

Tabela 7: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado profissional de meninas com transtornos mentais.

PALAVRAS MAIS EVOCADAS	SEXO		PALAVRAS CITADAS COMO MAIS RELEVANTES	
	n	%	n	%
	FEM		MASC	
acolhimento	4 (9,7%)	2 (22,2%)	acolhimento	2
escuta	7 (17%)	0	escuta	1
higiene	7 (17%)	2 (22,2%)	higiene	1
atendimento- a-família	6 (14,6%)	1 (11,1%)	atendimento- a-família	1
auto-cuidado	5 (12,2%)	2 (22,2%)	auto-cuidado	2
cuidado	7 (17%)	0	cuidado	3
identificação- mulher	7 (17%)	1 (11,1%)	identificação- mulher	3
inclusão- social	7 (17%)	2 (22,2%)	inclusão- social	5
atenção	4 (9,7%)	1 (11,1%)	atenção	3
calma	1 (2,4%)	4 (44,4%)	calma	0
delicadeza	3 (7,3%)	1 (11,1%)	delicadeza	1
orientação- estímulo	4 (9,7%)	1 (11,1%)	orientação- estímulo	1
resistência	4 (9,7%)	0	resistência	1
vaidade	5 (12,2%)	0	vaidade	2
afetividade	3 (7,3%)	1 (11,1%)	afetividade	1
ausência- recursos	5 (12,2%)	0	ausência- recursos	0
vinculo	3 (7,3%)	1 (11,1%)	vinculo	1

Tabela 8: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: cuidado profissional de meninos com transtornos mentais.

PALAVRAS MAIS EVOCADAS	SEXO		PALAVRAS CITADAS COMO MAIS RELEVANTES	
	n	%	n	%
	FEM		MASC	

acolhimento	4 (9,7%)	2 (22,2%)	acolhimento	0
escuta	10 (24,4%)	2 (22,2%)	escuta	3
higiene	6 (14,6%)	2 (22,2%)	higiene	0
regra	5 (12,2%)	1 (11,1%)	regra	2
cuidado	6 (14,6%)	1 (11,1%)	cuidado	2
família	10 (24,4%)	0	família	2
mais- infraestrutura	7 (17%)	0	mais- infraestrutura	1
vinculo	5 (12,2%)	1 (11,1%)	vinculo	2
amor	3 (7,3%)	1 (11,1%)	amor	0
atenção	2 (4,8%)	2 (22,2%)	atenção	0
limites	5 (12,2%)	1 (11,1%)	limites	1
auto-cuidado	2 (4,8%)	2 (22,2%)	auto-cuidado	0
orientação	3 (7,3%)	2 (22,2%)	orientação	1

BLOCO 3 - Termos indutores: Meninas com transtornos mentais e Meninos com transtornos mentais.

Quadro 3: Quadro de distribuição de Vergès dos termos evocados, com os estímulos indutores: “Meninas com transtornos mentais” e “Meninos com transtornos mentais”.

Termo indutor: meninas com transtornos mentais					
RANG < 2,5			RANG ≥ 2,5		
Freq ≥ 6	CENTRALIDADE		1ª PERIFERIA		
		Freq OME		Freq OME	
	AUTO-MUTILAÇÃO	8 2,125	ANOREXIA	7 2,857	
	DEPRESSÃO	10 1,700	ATENÇÃO-HISTERICAS	10 2,900	
	FAMÍLIA	15 2,533	FRAGILIDADE	11 3,111	
5>Freq ≥ 4	PREOCUPAÇÃO-COM-IMAGEM	7 2,429	PROBLEMAS-RELACIONAIS	11 3,182	
			VIOLÊNCIA	11 2,818	
	ZONA DE CONTRASTE		2ª PERIFERIA		
		Freq OME		Freq OME	
	AMOR	4 2,000	BAIXA-AUTO-ESTIMA	6 3,500	
	ATENÇÃO	4 2,250	DEPENDENCIA	5 3,600	
	LIMITES	5 2,200	PSICOSE	6 2,833	
			RELAÇÃO-COM-A-MÃE	5 3,200	

Termo indutor: meninos com transtornos mentais					
RANG < 2,5			RANG ≥ 2,5		
Freq ≥ 6	CENTRALIDADE			1ª PERIFERIA	
		Freq	OME		Freq OME
	AGRESSIVIDADE	11	1,909	DROGAS	10 2,800
	AUTISMO	14	2,143	FAMÍLIA	20 2,850
5>Freq ≥ 4				TRANSTORNO DE CONDUTA	14 2,857
	ZONA DE CONTRASTE			2ª PERIFERIA	
		Freq	OME		Freq OME
	AUSENCIA-CUIDADO-AFETO	6	1,400	REJEICÃO	6 2,500
	ESQUIZOFRENIA	6	2,000	RETARDO	5 3,200
	LIMITE	5	2,200		
	PERDIDOS	5	2,200		
	PSICOSE	8	2,250		

Tabela 9: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: Meninas com transtornos mentais.

PALAVRAS MAIS EVOCADAS	SEXO		PALAVRAS CITADAS COMO MAIS RELEVANTES	
	FEM	MASC		
	n %	n %		n
depressão	7 (17%)	3 (33,3%)	depressão	2
atenção-histéricas	6 (14,6%)	4 (44,4%)	atenção-histéricas	3
família	12 (29,2%)	3 (33,3%)	família	6
problemas-relacionais	10 (24,4%)	1 (11,1%)	problemas-relacionais	4
violência	6 (14,6%)	0	violência	5
automutilação	6 (14,6%)	2 (22,2%)	automutilação	3
meninas-mais-grave	6 (14,6%)	0	meninas-mais-grave	3
preocupação-com-imagem	5 (12,2%)	2 (22,2%)	preocupação-com-imagem	1
anorexia	5 (12,2%)	2 (22,2%)	anorexia	1
ansiedade	5 (12,2%)	1 (11,1%)	ansiedade	2
baixa-auto-estima	6 (14,6%)	0	baixa-auto-estima	1
dependência	4 (9,7%)	1 (11,1%)	dependência	1
esquizofrenia	5 (12,2%)	1 (11,1%)	esquizofrenia	0

fragilidade	7 (17%)	2 (22,2%)	fragilidade	4
psicose	5 (12,2%)	1 (11,1%)	psicose	0
relação-com-mãe	4 (9,7%)	1 (11,1%)	relação-com-mãe	2

Tabela 10: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das palavras mais evocadas por profissionais do sexo feminino e masculino diante do termo indutor: Meninos com transtornos mentais.

PALAVRAS MAIS EVOCADAS	SEXO		PALAVRAS CITADAS COMO MAIS RELEVANTES	
	FEM	MASC		
	n	%	n	%
agressividade	7 (17%)	4 (44,4%)	agressividade	5
autismo	13 (31,7%)	1 (11,1%)	autismo	7
psicose	7 (17%)	1 (11,1%)	psicose	0
drogas	7 (17%)	3 (33,3%)	drogas	2
família	18 (43,9%)	2 (22,2%)	família	7
transtorno-de-conduta	11 (26,8%)	3 (33,3%)	transtorno-de-conduta	5
ausência-cuidado-afeto	4 (9,7%)	1 (11,1%)	ausência-cuidado-afeto	3
esquizofrenia	5 (12,2%)	1 (11,1%)	esquizofrenia	0
limite	5 (12,2%)	0	limite	0
perdidos	4 (9,7%)	1 (11,1%)	perdidos	0
rejeição	6 (14,6%)	0	rejeição	1
retardo	5 (12,2%)	0	retardo	0

5.2. GRUPOS FOCAIS

No CAPSi 1 realizou-se dois grupos focais e no CAPSi 2 um. Nos 3 encontros contou-se com a presença de um observador.

Em ambos os CAPSi solicitou-se aos sujeitos que realizassem, no primeiro encontro, a discussão de um caso em que alguma questão de gênero estivesse

envolvida. O estímulo disparador foi bastante amplo, possibilitando aos sujeitos a liberdade de discutir o que seria uma questão de gênero e o que seria um caso que envolvesse essa questão.

No processo de seleção dos sujeitos utilizou-se os seguintes critérios: previamente foi aplicado o formulário com todos os profissionais da unidade, nesse processo foi perguntado ao sujeito sobre seu interesse e disponibilidade em participar do grupo. Foram admitidos os sujeitos que responderam afirmativamente aos dois tópicos, tendo sempre o cuidado de contemplar uma composição em que houvesse homens e mulheres.

A equipe dos CAPSi é dividida em mini-equipes a partir do território que atendem e essas mini-equipes possuem profissionais de diferentes especialidades para que em todas elas haja os profissionais necessários para a demanda dos casos. Tendo em vista essa divisão, optou-se adicionalmente em realizar os grupos focais com profissionais que pertencessem a uma mesma mini equipe, com o objetivo de se realizar uma discussão mais aprofundada dos casos, uma vez que os profissionais da mesma mini equipe atendem aos mesmos casos e estão acostumados a discuti-los.

No entanto, no CAPSi 1, no dia de realização do 1o grupo focal as mini-equipes estavam desfalcadas, pois havia muitos profissionais fora da instituição por diversas razões. Dessa forma, agrupou-se os profissionais de duas mini-equipes diferentes, sem haver consequentes prejuízos na lógica da representatividade. Nesse mesmo sentido, observou-se que no CAPSi 2 as mini-equipes eram muito pequenas (entre 4 e 5 profissionais em cada), assim, optou-se por convocar profissionais de 3 mini equipes para que o grupo tivesse o número mínimo de profissionais.

Considerando-se a necessidade de se aprofundar no tema, no CAPSi 1 se propôs o grupo a 9 trabalhadores e 7 participaram, sendo 6 mulheres e 1 homem, das seguintes categorias profissionais: 1 acompanhante comunitário; 3 auxiliares de enfermagem; 1 terapeuta ocupacional; 1 psicólogo e 1 farmacêutico. No CAPSi 2 se

propôs o grupo a 12 profissionais e 9 participaram, sendo 3 homens e 6 mulheres, das seguintes categorias: 1 enfermeiro; 3 psicólogos; 2 funcionários da administração; 2 assistentes sociais e 1 auxiliar de enfermagem.

No CAPSi 1 houve perda apenas de um participante do primeiro encontro para o segundo. Observou-se que os grupos acabaram por servir como supervisão clínico-institucional, apesar de não ser essa a proposta, os profissionais usaram o espaço para discutir além dos casos, questões pessoais e relacionais da equipe. Esse CAPSi está sem supervisão institucional há certo tempo e ficou clara a necessidade dos profissionais de um espaço como esse.

Ao final do segundo encontro os participantes solicitaram um terceiro encontro, no entanto, devido ao fato do combinado com a coordenadora ter sido 2 encontros e devido a riqueza de dados coletados nesses 2 encontros, avaliou-se como mais adequado encerrar o trabalho naquele momento. Além disso, corria-se o risco de criar um vínculo e uma possibilidade de levantar aspectos da equipe que não teríamos a possibilidade de trabalhar posteriormente, podendo acarretar em um impacto institucional que não fazia parte dos objetivos da pesquisa.

No CAPSi 2, realizou-se apenas um encontro, uma vez que não houve necessidade de haver outro, devido ao fato de ter se cumprido os objetivos pretendidos. Nesse CAPSi os profissionais foram participativos e dispostos a contribuir com o grupo, tiveram percepções a respeito de sua atuação ao longo do grupo focal, mas não revelaram necessidade de outros encontros, inclusive viram esse espaço como um tempo disponibilizado à pesquisa e não ao trabalho deles, como se não fosse um espaço útil ao seu trabalho.

5.3. A CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS E TEMAS

No âmbito da análise de conteúdo, tanto dos elementos registrados a partir dos grupos focais quanto das entrevistas, obteve-se unidades de registro que foram a seguir agrupadas em categorias. Então, compararam-se e reuniram-se as categorias dos dois métodos de captação de dados (entrevistas e grupos focais) e se formaram temas centrais. A análise e discussão dos resultados foram sistematizadas a partir desses temas centrais sob a luz do contexto das instituições e dos dados obtidos a partir dos formulários, principalmente na análise de evocações.

Seguem os temas centrais e as categorias:

TEMA 1. A EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE CAPSi NO CUIDADO

CATEGORIAS

- A. CAPSi - modelo em construção
- B. Dificuldades no trabalho em CAPSi
- C. O trabalho nos CAPSi- envolvimento e afetos

TEMA 2. O TRATAMENTO EM CAPSi

CATEGORIAS

- A. Objetivos do trabalho e ações para concretizá-los
- B. A rede

TEMA 3. RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM OS FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CAPSi E GÊNERO

CATEGORIAS

- A. Dificuldades em lidar com os familiares dos usuários
- B. As mães: cuidam ou enlouquecem?
- C. Influências de gênero na relação entre profissionais de CAPSi e familiares

TEMA 4. A COMPREENSÃO QUE OS PROFISSIONAIS DE CAPSI TEM SOBRE O CONCEITO DE GÊNERO**CATEGORIAS**

- A. O que é Gênero?
- B. Equilíbrio no número de profissionais homens e mulheres seria bem vindo?

TEMA 5. CAPSi - AMBIENTE FEMININO**CATEGORIAS**

- A. Porque há mais profissionais mulheres nos CAPSi?
- B. O valor do masculino

TEMA 6. RELAÇÕES DE GÊNERO NO OLHAR DOS PROFISSIONAIS PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES**CATEGORIAS**

- A. O universo dos meninos e das meninas
- B. As patologias femininas e masculinas
- C. Como os profissionais explicam o fato de haver mais meninos que meninas em CAPSi e o fato dos meninos chegarem mais novos que as meninas

D. Influências de gênero na forma como os profissionais lidam com os usuários de cada sexo

6. DISCUSSÃO

6.1. A EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE CAPSI NO CUIDADO

6.1.1. CAPSI - MODELO EM CONSTRUÇÃO

Os CAPSi começaram a ser implementados a partir do ano de 2002, portanto, não se pode dizer que são serviços novos, entretanto, ainda estão sendo construídas suas diretrizes, forma de funcionamento e maneiras de cuidar dos usuários:

"Tem como você questionar algumas coisas e tal, então, você é útil independente de um local que já está pré determinado, pronto e acabou. Aqui não, aqui as coisas são mutáveis e acho que pra mim a experiência até agora está sendo muito gratificante e produtiva a experiência no CAPSi" (Entrevista - S1 - homem).

"A gente está tentando desenvolver um projeto, começar a fazer um projeto de pesquisa para ver se você consegue interferir com um medicamento homeopático ao invés da risperidona no tratamento da agressividade" (Entrevista - S18 - homem).

Essa característica permite a criatividade de profissionais, o que proporciona um interesse pela área de atuação, que é fundamental para a saúde do trabalhador. Deve-se, contudo, ter em mente que a criatividade pode, algumas vezes, se confundir com improvisação, na medida em que ela se mostra como um expediente para suplementar faltas e carências que não deveriam existir. Assim, a falta de

experiência dos profissionais no campo da saúde mental infantojuvenil pode ser um desses fatores, tal como se observa nos relatos seguintes:

"Eu sou formado desde 2006 e eu trabalhava na área administrativa de uma empresa e não tinha vínculo nenhum, daí surgiu a oportunidade de trabalhar inicialmente em um CAPSi (...) eu não sabia nem o que era CAPS, o que era saúde mental, né e daí, caiu meio de pára-quebras (...) e a gente vai aprendendo, o que era um autista, um psicótico, o que eu faço e não faço e aí, a prática da terapia vai te dando argumentos" (Entrevista - S22 - homem).

"Antes, no começo quando eu fiquei sabendo que ia trabalhar no CAPS eu fiquei um pouco cismado porque eu não conhecia direito, eu não sabia como eu ia me virar (...) na verdade isso é uma coisa errada que a gente tem, o medo do desconhecido" (Entrevista - S1.2 - homem).

"É o meu primeiro contato com CAPS infantil" (Entrevista - S3.1 - homem).

Além da falta de experiência no campo da saúde mental infantojuvenil, pode-se observar a falta de formação dos profissionais de CAPSi para trabalhar nesse serviço. Há profissionais em cujas formações acadêmicas nunca se contemplou conteúdos de saúde mental:

"Então, ainda é muito novo pra fonoaudiologia, tem poucos fonoaudiólogos trabalhando na saúde mental, acho que eu tive que inovar, né, entender o que eu ia fazer, como eu ia compor, nossa formação é muito voltada para reabilitação e eu acho que também o lugar da fono na saúde mental tem um ranço reabilitador, é aquele profissional que vai trabalhar com a fala especificamente e aqui no CAPS eu pude construir um percurso de conseguir compor com a equipe, de ter sim um trabalho voltado pra linguagem oral, de ter projetos voltados para as questões da linguagem oral, mas também de conseguir fazer a transição da fonoaudiologia mais ortopédica pra uma mais ... é...enfim... mais... acolhedora, mais humanizada". (Entrevista - S19 - mulher).

Esses dados indicam a escassez da qualificação técnica acadêmica que impõe certa orientação do processo formativo incapaz de contemplar necessidades oriundas da realidade dada pelas políticas públicas contemporâneas. Além disso, MUYLEAERT (2013), assinala que os profissionais de CAPSi sentem carência no que se refere à oferta de capacitação e, conseqüentemente, têm interesse em mais formação para lidar com crianças e adolescente em sofrimento psíquico. A autora

indica ainda a escassez de recursos humanos, tanto para trabalhar na área da saúde mental infantojuvenil, como para formar pessoas para tal trabalho.

6.1.2. DIFICULDADES NO TRABALHO EM CAPSI

Outro fator fundamental que se observou foram dificuldades em lidar com algumas situações cotidianas devido à complexidade dos casos:

"Não é uma coisa muito tranquila, a gente nunca sabe o que vai acontecer aqui, então, a gente tem que estar sempre preparado pra tudo e isso exige muito, porque pode estar tudo bem e de repente uma situação, uma criança tem que ajudar em algum lugar e é na hora que você vai ver, não tem uma coisa muito programada, tem que ter tranquilidade pra conseguir responder diante da crise, mas também não sofrer porque a qualquer hora pode acontecer alguma coisa, isso que é uma experiência bacana de trabalhar em um CAPS, acho que aprender a trabalhar com a gravidade" (Entrevista - S3 - mulher).

"Igual o caso que eu tava atendendo, é um menino que está se colocando em risco, auto mutilação, não tem contato com o pai, o último contato foi aos 7 anos e tudo gira em torno desse pai que nunca quis saber dele e o sofrimento passa pelo corpo, imagina uma pessoa toda cortada é ele, ele encontrou uma pessoa há 15 dias atrás que falou que ele é igual ao pai e ele passou gilete no rosto" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

Os profissionais, muitas vezes, encontram dificuldades importantes que podem gerar o sentimento de frustração e podem até levar ao adoecimento no trabalho. Segundo RIBEIRO, HASHIMOTO e GAGLIAN (2011) o trabalho na saúde mental é mais penoso e desgastante para os trabalhadores que nas demais áreas da saúde devido à tendência de identificação do trabalho e do trabalhador com a loucura presente, abalando o funcionamento psíquico dos envolvidos.

"(...) é normal adoecer, que foi muita coisa (...) é uma forma dela (profissional) comunicar que não está bem" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

"Trabalhar da melhor forma para que haja evolução do paciente. Nem todo caso é 100%... nem todo caso o paciente evolui, às vezes permanece, mas é isso" (Entrevista - S4.1 - homem).

"(...) e o que a gente pode oferecer, na verdade são espaços em que aquilo que o outro apresenta que é tão perturbador em outros espaços aqui é tolerado, lá o cara consegue circular minimamente, mesmo naquela condição (...) Esse é meu papel? meu papel é suprimir sintomas, mas eu não consigo suprimir com os remédios que tenho disponíveis, mas será que não estou ficando muito niilista... não, é difícil, pra todo mundo acho (...) é, é um trabalho que traz muita frustração" (Entrevista - S27- homem).

Ao longo do processo de realização dos grupos e entrevistas, frequentei as instituições pesquisadas e pude observar algumas situações em que o desgaste profissional tanto físico como emocional e a dificuldade em lidar com isso, ficaram evidentes. Em determinada ocasião, na sala de equipe do CAPSi 1 duas profissionais chegaram após realizar um atendimento, com roxos pelo corpo, mordidas, cuspidas e uma delas com seu colar arrebitado. Elas relatam o que houve e dizem não saber mais o que fazer com tal caso, que esse menino toda semana bate nelas.

SOARES (2012) indica que aspectos físicos, como ter que tocar o corpo do outro ou limpar excrementos, podem influenciar o trabalho emocional e levar à sobrecarga de trabalho, para a autora, os aspectos emocionais devem ser contemplados nos modelos de gestão dessas atividades, uma vez que condições de trabalho insatisfatórias podem levar ao cansaço, desmotivação e ou indiferença, o que pode ter consequências graves, como a violência.

Nas instituições investigadas presenciei episódios que envolviam importantes conflitos entre os profissionais, bem como violência indireta dos profissionais em relação aos usuários: eu estava na sala de equipe e havia uma mini equipe fazendo remanejamentos de usuários, pois uma profissional havia se demitido. Então, uma profissional dizia para os outros trabalhadores identificarem o usuário a partir de características físicas pejorativas como: gordo, enorme, chato e descrevia a pessoa a partir de suas opiniões pessoais: "esse é aquele paciente chato pra cxxx", "esse é

aquele que é B.O", "esse é aquele que a mãe é folgada pra cxxx", "fala pra ele que se tiver duas faltas consecutivas é alta, ele tem que ter frequência". "Dá um corre nessa mãe porque ela é muito simbiótica e essa criança é muito boa e merece uma mãe melhor (...) Dá um corre, mas dando beijinhos, sabe?!".

Observa-se que o sentimento de ódio dos pacientes e familiares estavam fortemente presentes nessas falas e que os profissionais não se sentiram constrangidos com minha presença. Lidar com a dor, com a morte, com o sofrimento e com os corpos dos outros, tal como pontuado por SÁ E AZEVEDO (2010) pode despertar sentimentos contraditórios e difíceis de controlar como, por exemplo: piedade, compaixão, amor, ódio e ressentimento, nojo e repulsa.

Para MOLINIER (2014) os afetos no cuidado costumam ser proibidos pela chefia por serem considerados "não profissionais", ao mesmo tempo, a experiência do cuidado solicita constantemente que se nomeie sentimentos, tanto de quem cuida como de quem é cuidado. Assim, a experiência do cuidado envolve inevitavelmente a dimensão emocional que precisa ser trabalhada e não negada. Nessa mesma direção, SÁ E AZEVEDO (2010) indicam que o trabalho em saúde é altamente exigente do ponto de vista psíquico, devido a centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva. Sendo assim, o modo de responder às exigências psíquicas impostas pelo trabalho em saúde depende tanto da articulação da história individual dos cuidadores, como das organizações em que se inserem.

Observa-se nas falas relatadas preconceitos pessoais e emoções dos profissionais, o que pode se dar devido ao fato de faltar tanto recursos técnicos como recursos emocionais aos trabalhadores de CAPSi. Pode-se pensar assim, que essa realidade pode se dar tanto pela falta de educação continuada que poderia ser oferecida pelos serviços (como discussões regulares de casos, supervisão institucional e cursos), como por certa dificuldade de gestão. Nesse sentido, SÁ E AZEVEDO (2010), indicam que o trabalho gerencial é bastante potente na transformação das práticas de saúde, dessa forma, é importante explorar os processos intersubjetivos/inconscientes presentes no modo como se realiza o trabalho gerencial e suas consequências sobre a vida organizacional e qualidade do

cuidado, bem como buscar fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de saúde que favoreçam a gestores e trabalhadores o acesso a sua própria subjetividade, ou seja, ao (re)conhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos imaginários/afetivos que os ligam ao trabalho, às organizações, ao outro (profissional, usuário) e do sentido do trabalho em suas vidas:

"A responsabilidade dos gestores, para ser responsabilidade pelos gastos públicos, tem que ser, antes, responsabilidade para com o outro. A responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e também da gestão, igualmente a base para a solidariedade e para a cooperação (...) Precisamos ter acesso ao nosso próprio sofrimento, a nossa própria subjetividade. O acesso à subjetividade se coloca então não só como uma necessidade pessoal, privada, mas como uma necessidade social (organizacional), condição para um melhor exercício do trabalho gerencial e do trabalho em saúde" (SÁ E AZEVEDO, p.2352)

Portanto, apesar do modelo manicomial estar sendo superado, a violência nas instituições de tratamento às pessoas em sofrimento psíquico ainda pode estar presente de diversas formas que podem ser mais indiretas que nas instituições totais, mas não significa que são menos impactantes e prejudiciais. Dessa forma, é fundamental que haja um trabalho intenso dos gestores e dos profissionais de CAPSi no sentido de se conscientizarem das emoções suscitadas pelo trabalho de cuidar e poder trabalhá-las a favor do tratamento e da saúde mental dos profissionais.

6.1.3. O TRABALHO NOS CAPSI - ENVOLVIMENTOS E AFETOS

Os profissionais de CAPSi frente aos desafios enfrentados tendem a se aproximar daquilo que eles têm mais afinidade ou conhecimento devido a alguma prática anterior. E, quando lhes faltam recursos técnicos ou conhecimento na área,

utilizam recursos pessoais. Outro aspecto importante é o valor que os profissionais atribuem ao afeto no processo de tratamento:

"Então, eu estou aqui desde que começou o CAPS, na verdade, e desde que eu comecei acho que por conta da minha experiência anterior eu acabei atendendo a maioria das crianças autistas, até por ter uma experiência anterior de atender crianças com deficiência intelectual" (Entrevista - S.9.1 - mulher).

"Acho que mais pra adolescente, aqui eu lidei muito com adolescente por eu ter mais afinidade com eles, e como eu não tenho muita afinidade com autista e a maioria deles são pequenininho, então, lidei mais com adolescentes, a equipe é grande aqui, então a gente fica muito nessas mini-equipes e a minha mini-equipe tem muito adolescente e eu tenho afinidade com adolescente" (Entrevista - S3.1 - homem).

"Me faz lembrar um menininho, um dos primeiros que eu atendi, fofo, ele tinha uns 3 aninhos e eu atendi ele dos 3 aos 12 e ele era uma graça (...) nossa, me deu saudades dele, estou pensando como ele está (emocionada) e (...) daí, na despedida dele, quando eu fui falar tchau eu falei que eu ia sentir muita falta dele, muita saudades dele e que eu desejava tudo de bom pra ele e eu não aguentei, e ele saiu do lugar dele, olhou bem no meu olho (ela começa a chorar), coisa que ele não costumava fazer e falou assim: não chora e me abraçou e falou: obrigado. E hoje ele deve estar lindo (...) Mas isso, acho que em alguns casos, em algumas situações a gente se empresta, você empresta seu modo de funcionar pro outro conseguir ir se... eu sabia das intervenções que eu estava fazendo, algumas intervenções eu confesso que elas eram tão espontâneas, mas tinham seu efeito" (Entrevista - S14 - mulher).

Diversos profissionais consideram o vínculo como o principal foco do tratamento. Para SOARES (2012) cuidar do outro envolve inevitavelmente dimensões emocionais e os aspectos afetivos interferem na qualidade e no sentido do trabalho de cuidar.

AYRES (2000) discute ainda a pertinência de tratar a relação entre trabalhador e usuário como uma tecnologia, ainda que seja uma tecnologia leve. De acordo com a definição de MEHRY (2000), em que as tecnologias leves são aquelas em que a dimensão das interações humanas no trabalho em ato na saúde operam, as relações sociais no trabalho, a produção de vínculo, o acolhimento e a gestão do processo de trabalho. Portanto, estão constantemente se construindo e reconstruindo e abertas à interferência do não-técnico, da sabedoria prática. As

tecnologias leves-duras consistem nos saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia. E as tecnologias duras são os equipamentos, máquinas, exames laboratoriais, normas e estruturas organizacionais.

MERHY (2000) discute sobre uma nova estruturação da medicina e das práticas de saúde no sentido de se valorizar e investir nas tecnologias leve-duras e leves em detrimento apenas das tecnologias duras. Nesse sentido, para AYRES (2000) essas tecnologias são complementares e é fundamental que estejam em equilíbrio, para ele, quanto mais tecnologia leve, mais tecnologias duras e leve-duras são necessárias para garantir sua objetividade, sendo que o cuidado se encontra em todas essas tecnologias e ocupa um lugar privilegiado nas práticas de saúde: "Atitude e espaço de reconstrução de inter subjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde" (AYRES, 2000, p. 120).

Assim, o envolvimento, o vínculo, o acolhimento e os afetos estão sempre presentes no trabalho do cuidado e são fundamentais tanto para o sujeito que dele necessita, quanto para os familiares da pessoa cuidada, constituindo-se como importantes ferramentas de trabalho nos CAPSi. Entretanto, não podem ser construídas de forma individual e subjetiva. Nesse sentido, de acordo com AYRES (2000), a definição de tecnologias ou técnicas implicam na transmissão de conhecimento, desse modo, mesmo as tecnologias leves, que envolvem a dimensão relacional precisam ser ensinadas, aprendidas e aprimoradas, não se nasce com esse conhecimento e não se trabalha em um serviço simplesmente por gostar das pessoas ou do campo de trabalho, é necessário um processo de capacitação importante para se exercer a atividade.

"Eu me envolvo bastante, então, eu tenho que acabar me controlando, eu sou suspeita, eu gosto muito do CAPS, da saúde mental" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Eu gosto de um vínculo, então, com esses pacientes eu gosto de consultas mais frequentes para estabelecer esse vínculo, para conhecer, poder conversar, fazer com que as coisas virem tema (...) e eu tento discutir sempre com eles, entendeu?! (Entrevista - S27 - homem).

"Depois que eu comecei a trabalhar, você até gosta, porque muitas vezes você vê o sorriso de uma criança que praticamente não sorri, ou um afeto de uma criança que dizem que ela não tem sentimento com ninguém, então, isso acaba sendo uma coisa boa, a experiência minha tem sido boa nesse sentido, eu tenho feito bastante amizade com eles aqui, muitos gostam bastante de mim (...) a gente ajuda muito na questão de amizade, eles precisam disso, amizade, tem muita gente envolvida, mas eles não sentem aquela sinceridade" (Entrevista - S1.2 - homem).

"Teve um caso de um adolescente (...) no sentido de ele estar desorganizado, hiper-sexualizado e acabou confundindo as coisas, então, surgiu um tipo de apaixonamento, algo nesse sentido, mas não que tenha sido um dificultador, né, foi mais um dado que a gente teve que trabalhar" (Entrevista - S7 - mulher).

No último trecho observa-se que há uma transferência amorosa que o usuário faz em relação à profissional, de acordo com a teoria freudiana a transferência é parte fundamental no trabalho analítico e deve ser trabalhada de forma profissional e estratégica. A presença de emoções, afetos e o vínculo, marcam o trabalho em CAPSi, o que algumas vezes causa uma mistura da vida pessoal com a vida profissional. Nesse sentido, MUYLAERT (2013) indica que ao mesmo tempo em que os profissionais dizem que o trabalho nos CAPSi promove crescimento e auxilia no processo da vida pessoal deles, uma queixa muito presente é que esse ofício traz constantemente o desafio de separar a vida pessoal da vida profissional, que é uma dificuldade que se não for administrada com cuidado pode ter consequências negativas.

A vida pessoal e o trabalho se influenciam constantemente e no campo da saúde mental ainda mais, pois a atividade consiste em relacionar-se e refletir sobre questões humanas que, inevitavelmente, tocam em aspectos pessoais dos trabalhadores da área. Então, fica como desafio separar o trabalho da vida pessoal para não gerar adoecimento que seria iatrogênico e, ao mesmo tempo, conseguir unir as experiências pessoais ao trabalho, de forma que o aprendizado que se tem em cada um dos setores auxilie no outro.

Portanto, essa tarefa de unir a vida pessoal e profissional e, concomitantemente, separá-las aparece como uma dificuldade dos profissionais de CAPSi. Essa realidade fica evidente na mistura de papéis familiares com os papéis

desempenhados no serviço, tanto entre os profissionais, como dos profissionais em relação aos usuários:

"Sujeito 14 (mulher) - Esse lugar de chefe é delicado, porque rola muito ciúmes das meninas e eu acolho a todos, fico no lugar de mãezona e, ao mesmo tempo, chefe" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

"Às vezes eu tenho até que separar isso, porque eu acabo me envolvendo tanto e acho que é da minha família, então, acho que posso dar bronca, brigar, achar que você é minha filha ou como se fosse minha irmã" (Entrevista - S13.1 - mulher).

Nos grupos focais também apareceram questões pessoais sobre relações homoafetivas, preconceitos e moral religiosa dos profissionais que atravessaram as discussões e geraram tensões e conflitos entre a equipe:

"Sujeito 5 (mulher)- "Sabe o que eu acho interessante, que até por um processo meu, pessoal, eu acabei me construindo com essa questão da linguagem que se usa para falar da homossexualidade e eu percebo às vezes a pessoa falando, por exemplo: S5, você não sabe, eu vi um monte de menina que nem você, e eu pergunto: como eu, como? morena? gordinha? Sujeito 2 (mulher) - sério? Sujeito 5 (mulher)- que nem você que gosta de mulher. risos. Eu - aqui? Sujeito 2 (mulher) - Sério, teve isso? Sujeito 5 (mulher) - Sim, e tiveram 1000 outras coisas que deixa passar, porque meu ouvido está seletivo pra isso e é uma questão que me atravessa de algum jeito. E, por exemplo, a S3 falando é uma opção, não S3, não é uma opção, acho que é bom a gente poder repensar e são coisas que parecem uma besteirinha, mas quando você vai desconstruindo" (CAPSi 1 - 2o encontro).

"Sujeito 3 (mulher) - Então, é que a doutrina que eu pertenco é uma doutrina diferente, não é... ela tem um fundamento, entendeu? Ela é uma igreja separada, você pode ver que não é uma igreja que você vê em rádio, TV, praça pública, ela não é divulgada, não é qualquer um abre uma portinha e dá as ordens que quer. A doutrina que eu pertenco é outra linhagem (...) Sujeito 5 (mulher) - acho que não é nem isso, porque eu não sei, mas acho que muitos olhares muito diferentes, muitas vezes com restos de moral, não que as pessoas sejam moralistas, eu não acho isso, mas acho que a gente vive em uma sociedade que ainda pensa isso e isso respinga na prática, sem dúvida, não se trata de maldade ou bondade, profissionais bons ou não, mas de coisas que estão na sociedade que a gente também está nela" (CAPSi 1 - 2o encontro).

"(...) Sujeito 3 (mulher) - A gente não está aqui pra por moral em nada, a gente tem que ter a ética na hora de atender o paciente, o meu moral está lá

atrás, eu não posso trazer o que eu penso ou deixo de pensar" (CAPSi 1 - 1o encontro).

"Sujeito 3 (mulher) - Então, desde criança eu tive certa educação que a família consiste nisso, nisso e nisso, casei e constitui minha família, mas agora estamos em uma sociedade que está em transformação, é muita mudança, estamos vivendo com muita mudança, coisas diferentes que sempre existiram, mas eram ocultadas e agora que eu estou aprendendo muito mais a conviver com isso, eu até estou fazendo curso de serviço social que aprendo a conviver com as diferenças e aceitar a pessoa como ela é e não com minha moral. Quando venho pro serviço venho atender o paciente com minha ética profissional, a mesma coisa, na minha profissão, em um hospital em uma enfermagem eu vejo o paciente nú e ele fica todo envergonhado e eu tenho que passar uma confiança que eu estou vendo ele nú ali, mas aquilo não está interferindo em nada, é o posicionamento profissional, então, acho que o que eu penso ou deixo de pensar eu guardo pra mim, mas no dia a dia eu tenho que tratar as pessoas todas iguais, entendeu? E eu consigo separar o paciente do meu modo de pensar, eu respeito o paciente naquilo que ele é, respeito a opinião do paciente, usuário, respeito o que a família traz... Não importa o que eu tenho da minha moral, eu guardo pra mim, é diferente da minha ética profissional. Diante do paciente, usuário eu tenho que ser profissional" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

Observa-se assim, que a dificuldade dos profissionais em separar a vida pessoal da vida profissional gera impactos no tratamento oferecido nos CAPSi. Nesses últimos trechos, a profissional afirma a tentativa e, concomitantemente, a dificuldade em separar sua moral pessoal da ética profissional. Ao mesmo tempo, que ela tem a preocupação de realizar essa separação, fica evidente a dificuldade em fazê-la.

A falta de limites entre a vida pessoal e profissional podem levar ao desgaste do trabalhador, e, portanto, ao sofrimento no trabalho:

"Mas eu cresço muito aqui, eu acho que os casos vão exigindo muito da gente profissionalmente e até do meu lado pessoal (...) acho que é difícil a gente separar, tem que ter um limite entre o profissional e o pessoal, mas a gente se envolve, com as coisas que a gente vê aqui, com as situações, a gente vê muita coisa a flor da pele, então, eu gosto de falar que eu trabalho com o meu corpo, então, meu corpo que vai me dando, não, chega, está bom, está passando do limite, né, o cansaço, porque às vezes a gente faz uma intervenção no dia e já podia ir embora" (Entrevista - S3 - mulher).

Certa confusão de papéis entre os profissionais também ficou evidente em determinada ocasião que presenciei em que uma profissional foi desrespeitosa com a gerente do CAPSi, tirando-a de seu papel de chefe e a enfrentando em frente às outras colegas. Isso causou constrangimento e desconforto a todos os envolvidos.

Nesse sentido, segundo SÁ e AZEVEDO (2010), a função psíquica potencialmente exercida pelo chefe é estruturante, podendo ser propícia à coesão, à identificação e ao tratamento de conflitos. Assim, a fragilização da função de liderança ou os ataques a ela, ao que ela representa, enquanto possibilidades de ligação, de investimento psíquico e identificação, podem indicar um ataque aos vínculos entre os sujeitos na organização, fortalecendo a compulsão à repetição e a fragmentação.

Pode-se pensar que os usuários já vivem pela natureza de sua questão subjetiva, intensas situações de fragmentação, confusão e falta de limites. Assim, a mistura da vida pessoal e profissional dos trabalhadores e a falta de limites nos papéis institucionais impactam no processo de tratamento.

O conhecimento adquirido a partir da vida pessoal é subjetivo e sua utilização no contexto de trabalho pode gerar falta de profissionalismo, assim os atendimentos correm o risco de tornarem-se soltos, sem objetivos concretos, sem metodologias de trabalho estabelecidas e, portanto, com resultados vagos e dificilmente mensuráveis.

Assim, a forma de avaliar os resultados obtidos, apesar de ser um aspecto fundamental, é citada apenas uma vez ao longo de toda a pesquisa:

"Basicamente, inicia com uma avaliação para entender qual a necessidade dessa criança e como o que eu posso oferecer vai ajudar, a partir dessa avaliação, eu identifico as necessidades e faço um projeto terapêutico, inserção em grupo e atendimento individual e vou monitorando, geralmente a cada bimestre para entender se existiu alguma evolução ou não, se não, a gente repensa esse projeto e se sim, a gente mantém" (Entrevista - S22 - homem).

Nesse sentido, de acordo com SOARES (2012) é fundamental a profissionalização do cuidado e a capacitação de profissionais para executar tal

tarefa, considerando-se a dimensão emocional envolvida no trabalho. Observa-se que há uma tendência social a considerar o cuidado como uma capacidade inata das mulheres, o que além de ser um preconceito de gênero é também uma forma de des-profissionalizar e assim, desvalorizar o trabalho de cuidar.

É interessante observar que esses relatos de mistura da vida pessoal e profissional é presente apenas no relato de profissionais do sexo feminino, pode-se refletir se é uma característica geral ou atinge mais às mulheres e por que isso ocorre. De acordo com GEORGES e SANTOS (2014), as agentes comunitárias de saúde (ACS), quase sempre mulheres, na interação com as usuárias se esforçam para tratar todas da mesma maneira (com empatia e distância razoável), buscando encontrar um equilíbrio entre o limite de suas emoções e a exequibilidade de seu trabalho. Dessa forma, o limite entre a dimensão profissional e o envolvimento pessoal no cuidado é tênue. De acordo com as autoras, isso está relacionado ao fato de que no Brasil a moralidade feminina, vinculada à maternidade, impulsionou a lógica da naturalização do cuidado como feminino se baseando na função reprodutiva da mulher. Assim, as trabalhadoras desempenham sua ocupação de forma quase que voluntária, são mal remuneradas e seu trabalho tem forte apelo ao valor religioso e filantrópico. Nesse sentido, HIRATA (2014), em sua pesquisa de campo, reforça a hipótese de que a desvalorização dos trabalhadores do care pode ser explicada pelo centro de sua atividade, a de cuidado, ser realizada tradicional e culturalmente na esfera doméstica e familiar pelas mulheres.

Portanto, as mulheres ocupam postos de trabalho que são a extensão de sua função social, ligada à maternidade e ao cuidado de familiares, desse modo, sua vida profissional é uma continuação da vida pessoal e vice versa.

De acordo com BORIS (2014), no século XIX o care estava entrelaçado à vida cotidiana das mulheres, quer elas saíssem para trabalhar ou não, uma vez que elas eram responsáveis pelo cuidado das crianças, realizavam partos, cuidavam de doentes, etc. Assim, as atividades domésticas e as habilidades necessárias para realizá-las parecem ser naturais da mulher e seu valor econômico fica obscurecido, uma vez que elas realizam esse trabalho sem remuneração esse trabalho perde o

status de trabalho de afeto e passa a ser trabalho desvalorizado e estigmatizado, tanto por envolver sujeira, corpo e intimidade, como por ser ocupado por pessoas de status mais baixo. Assim, há uma extensa discussão sobre as trabalhadoras domésticas e as trabalhadoras do care partilharem ou não a linguagem da produção para que esse trabalho se torne economicamente visível.

Questiona-se assim, se é possível às mulheres responsáveis pelo cuidado de forma profissional saírem do lugar que ocupam na família. Acredita-se que para isso seja necessário toda uma reestruturação do cuidado (a forma como é visto socialmente, a remuneração oferecida por esse serviço, quem está apto para oferecê-lo, a formação necessária para tal serviço, bem como o acompanhamento necessário para exercer tal função). Nesse sentido:

Entretanto, para abarcar a dependência e a necessidade da comunidade, para celebrar a interdependência, havemos de dar à solidariedade um novo nome, assentando a base para uma utopia que funcione - envolvendo a produção, a reprodução, a casa e o trabalho (BORIS, 2014, p.117).

Pode-se assim, aventar a hipótese de que os homens, devido ao lugar social que ocupam, conseguem separar melhor a vida pessoal da vida profissional e até se beneficiar dessa relação mútua, enquanto as mulheres fazem uma mistura nem sempre positiva, tanto do ponto de vista do tratamento como do ponto de vista da vida pessoal.

Esse aspecto, corrobora com os resultados encontrados a partir da análise de evocações em que no QUADRO 1 observa-se que a palavra “maternagem” é a segunda mais mencionada pelos profissionais diante do estímulo: “cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais” juntamente com a palavra “amor”, seguidas pelas palavras “cuidado”, “carinho” e “atenção”. Diante do estímulo “cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais”, as palavras mais evocadas são: “limite”, “autoridade” e “força”. Na TABELA 1 observa-se que as profissionais do sexo feminino citaram proporcionalmente mais a palavra maternagem que os profissionais do sexo masculino.

Revela-se assim que o sexo do profissional influencia a percepção sobre o cuidado oferecido pelos diferentes gêneros e que a "maternagem" é um importante valor atribuído, principalmente por profissionais do sexo feminino, ao cuidado feminino de crianças e adolescente em sofrimento psíquico. Isso aparece em outros momentos das entrevistas e grupos focais e será aprofundado adiante.

Apesar da mistura da vida pessoal e profissional ser prejudicial a todos os envolvidos, dependendo da maneira como é utilizada pode ser positiva e dar sentido ao trabalho em CAPSi, uma vez que o aprendizado e as preferências pessoais constituem importantes sentidos profissionais, o que corrobora os resultados obtidos:

"A minha experiência foi, é muito boa, estou há muito tempo, 10 anos praticamente de CAPS, já passei em ambulatório de saúde mental, hospital, então, assim, eu falo que é onde me identifiquei muito, não sei se é porque eu sou meio doidinha, mas eu acabei me identificando muito mais com essa coisa, mas, assim, eu me dou muito bem com essa coisa de conversar, de escutar o outro, eu te falo de qualquer coisa, principalmente com adolescente de abordar coisas como a sexualidade, então, isso é legal e como eu sou meio palhaça eu faço de um jeito mais engraçado possível pra não ficar uma coisa muito séria, então, assim, me identifiquei muito mesmo, eu falo que daqui vou sair só pra outro (...) Então, é uma coisa que eu gosto, gosto de verdade e respeito cada indivíduo que vem aqui, o seu jeito, às vezes eu falo, brigo, mas é porque eu gosto" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Então, juntou a parte profissional, técnica, que eu gosto também e você tem um grande crescimento pessoal (...) Então, é isso, as ferramentas que eu uso são a partir da minha experiência profissional, eu tive questões também de ligação com algumas pessoas de saúde mental na família, então, eu já tinha ideia de como funcionava a saúde mental" (Entrevista - S1 - homem).

Observa-se que gostar do objeto de trabalho, no caso crianças, é um dos sentidos do trabalho em CAPSi e que apesar da predileção em atender crianças e do carinho que os profissionais entrevistados revelam, eles dizem não ter experiência no tratamento de crianças e adolescentes. Assim, trata-se de uma dimensão marcadamente subjetiva posto que não é a formação, a construção profissional do objeto que determina o "gosto", mas um a priori pessoal:

"Atendo, por que não? (...) eu trabalho há bastante tempo com criança e como eu trabalho há bastante tempo com criança eu me sinto tranquilo em

atender criança, eu me sinto tão tranquilo em dizer que eu não sou psiquiatra infantil, como em dizer que apesar de eu não ser psiquiatra infantil eu atendo crianças (...) Sim, esse é o primeiro CAPSi que eu trabalho, mas já trabalhei no serviço de adulto anteriormente" (Entrevista - S27 - homem).

"Na verdade, assim, eu sempre tive uma escolha de trabalho com criança e adolescente, então, minha história nessa área é anterior à saúde mental, então, eu comecei a trabalhar na assistência social no segmento criança e adolescente (...) então, eu sempre tive esse desejo, no consultório o atendimento é focado pra criança e adolescente também, então, atuo nesse segmento, no CAPS infantil é um local que eu consigo atuar" (Entrevista - S13.1 - mulher).

Assim, os profissionais de CAPSi estão em constante transformações de suas práticas, de forma que há forças instituintes e instituídas atuando constantemente. No entanto, essa constante transformação, por vezes, pode se confundir com improvisos, que ocorrem tanto devido à falta de experiência como à falta de formação dos profissionais para atuar nesses serviços. Essa falta de capacitação somada à complexidade dos casos atendidos cotidianamente faz com que os profissionais utilizem conhecimentos pessoais, que são subjetivos, gerando uma mistura da vida pessoal e profissional, que podem causar falta de profissionalismo nos atendimentos, de forma que os atendimentos fiquem soltos, sem objetivos definidos, sem metodologias de trabalho estabelecidas e, portanto, com resultados vagos e difíceis de ser mensurados.

Observa-se que a dificuldade em separar a vida pessoal e profissional é mais presente em profissionais do sexo feminino, devido ao histórico social e cultural das mulheres, por isso há mais delas atuando em CAPSi e essa dificuldade é uma característica desses serviços.

6.2. O TRATAMENTO EM CAPSi

6.2.1. OBJETIVOS DO TRABALHO E AÇÕES PARA CONCRETIZÁ-LOS

O principal objetivo do trabalho realizado nos CAPSi, de acordo com diversos profissionais, é a inserção social dos usuários, que se dá por dupla via: tanto no sentido de fazê-los se sentirem pertencentes à sociedade, como no sentido da sociedade se livrar de preconceitos e aceitá-los como são:

"O objetivo final mesmo acho que é a inclusão na sociedade (...) Acho que a gente tenta aqui no CAPS capacitá-los para que eles façam suas atividades da forma mais independente possível" (Entrevista - S9.1 - mulher).

"O objetivo é muito importante, a gente cuidar, pra re-estabelecer, reabilitar ele na sociedade, apesar que eu acho que é ao contrário, a sociedade reabilitar dentro do indivíduo que tem transtorno mental, porque não são eles que tem que modificar pela sociedade" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"(...)trabalhar para a inclusão, pensando na questão de aceitar os diferentes, desde a inclusão na família, na escola, na sociedade, é isso" (Entrevista - S23.1 - mulher).

"O objetivo é que eles possam ser incluídos no meio da sociedade que ainda há preconceitos, né!" (Entrevista - S4.1 - homem).

"Eu acho que o objetivo principal é que eles sejam respeitados pelo que eles são, do jeito que eles são, são pessoas, eu acho que um CAPS ele tem como uma de suas linhas de base, pensando no cuidado, a garantia de direitos, eu acho que é um dos pontos fortes e como a gente faz valer. Uma criança autista ou sei lá, um jovem bipolar, tenha o direito de ser como ele é e ser respeitado pelo que ele é e não ser visto só pela patologia, porque ele não é só aquilo, ele também tem coisas boas e isso geralmente é deixado de lado e acho que um CAPS vem para resgatar isso também, não estou dizendo que é só, mas também" (Entrevista - S14 - mulher).

"A minha idéia de um trabalho em CAPS infantil é trazer pra dentro e levar pra fora, pra que não fique restrito a doença apenas, então, é meu foco, trazer pra dentro para depois poder levar pra fora, fazer a inserção lá fora, desmistificar a idéia da loucura, não ficar preso a loucura como uma doença contagiosa, como é visto" (Entrevista - S17 - homem).

A inclusão social é de fato um importante e conhecido objetivo dos CAPS. Nesse sentido, REIS (2010a) aponta que a atenção à saúde mental no paradigma da Reforma Psiquiátrica implica uma clínica que busca intervir também em aspectos sociais dos processos saúde e doença e nos mecanismos de exclusão visando promoção de saúde e desenvolvimento de cidadania. Contudo, há de se destacar, desde já, que o entendimento da noção de inclusão no âmbito das práticas de saúde mental parece variar bastante, tal como se mostrará a seguir. Mais do que isso, em alguns contextos ideológicos-políticos que permeiam as práticas dos CAPSi há uma verdadeira dicotomia de horizontes. Em um pólo pode-se situar, por exemplo, um aglomerado de entendimentos que faz da clínica médico-psicológica, com sua perspectiva curativa, sua finalidade última. Nesse caso, os eventuais procedimentos de “inclusão social” transformam-se em mero expedientes para obtenção da cura e do restabelecimento do “paciente”. Essa orientação filia-se historicamente às perspectivas clínico-laborais, ergonômicas. No pólo oposto, a inclusão social é vista como única ou derradeira finalidade da ação do CAPSi, esvaziando desta forma toda perspectiva clínica e reduzindo à dinâmica social, em particular a parte referente à exclusão, a essencialidade da explicação dos “transtornos”. No limite, essa orientação pode ser denominada a-clínica. Entre essas polaridades situam-se, em contínuo, numerosas posições. No mediano dessas posições pode-se presumir a existência de uma ideia que dialetiza a dimensão social com a dimensão individual da subjetividade. Contudo, nem sempre é claro a qual pertencimento se inscrevem os profissionais quando se referem que o objetivo do trabalho do CAPSi é a inclusão social.

De todo modo, parece que os profissionais entrevistados estão alinhados ao que preconiza a Reforma Psiquiátrica e o Modo de Atenção Psicossocial, que propõem uma lógica sócio-inclusiva, ou seja, que o trabalho realizado deve ser voltado às ações que visam à inclusão do usuário na sociedade e que a pessoa em

sofrimento psíquico seja aceita socialmente da forma como ela é, com suas particularidades.

No entanto, fazendo eco ao que se acaba de discutir no que tange a falta de clareza quanto à noção de inclusão, os profissionais se contradizem e se distanciam dos preceitos da Reforma Psiquiátrica ao afirmarem que dentre os objetivos dos CAPSi está a normatização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ou adequação dessas crianças aos padrões sociais esperados, chegando ao ponto de um profissional mencionar a ideia de cura do usuário:

"Eu acho que o objetivo maior é fazer com que essas crianças e adolescentes consigam estar na vida, no mundo de uma maneira mais normal possível" (Entrevista - S7 - mulher).

"O objetivo é fazer com que a criança tenha uma vida normal, que se relacione bem com a família, com a escola e venha a trabalhar de uma forma normal e que as pessoas mesmo que percebam que ela tem algum probleminha, mas não sabem bem o que é, pensam que é uma maniazinha, acho que isso é interessante, se puder curar e a pessoa puder ficar normal, perfeita, melhor ainda, mas acho que o objetivo é esse, colocar a pessoa na sociedade como se fosse uma pessoa normal, ninguém visse nele nada de estranho e nem ele, principalmente (...) Então, mesmo que a pessoa tenha um transtorno muito grande, o interesse nosso é ele ficar só com uma coisa da pessoa falar: aquela pessoa lá tem só uma maniazinha, ele é um pouco estranho, isso já está muito bom, que ele já pode se classificar como normal e o objetivo nossa é deixar completamente normal, mas isso já ajuda bastante" (Entrevista - S1.2 - homem).

"Qualidade de vida, fazer com que ele a cada dia se pareça mais com outra criança que eu diria normal, né?" (Entrevista - S22 - homem).

"Aqui a gente trabalha com crianças com transtornos mentais, que normalmente chegam como isolado de tudo, com sofrimento, daí vem, passa, faz tratamento, conversa com os psicólogos, tem atendimento psicológico, para tentar evoluir ele e tentar encaixar no mundo, fora, que ele volte a ser uma pessoa normal, é essa experiência aqui que eu pude perceber" (Entrevista S4.1 - homem).

Os profissionais também citam como importante, para que os objetivos do trabalho em CAPSi se realizem, atividades ligadas ao trabalho corporal e motor, assim como atividades lúdicas e artísticas, e citam ainda a importância do envolvimento político:

"Sim, aqui eu o trabalho o corporal, o trabalho motor, então, eu trabalho bastante com a educação motora, tenho uma oficina que chama arte e movimento que a gente trabalha a coordenação motora global, para chegar em uma fina" (Entrevista - S22 - homem).

"Então, eu busco desde uma questão de saúde mental, de política pública, de participação, política social e cultural e artística, porque eu acho que as duas lincam muito bem, assim, elas juntas você consegue fazer um super trabalho (...) Faço um grupo de corpo que eu chamei de corpo e movimento com uma coisa que eu gosto muito da psicologia que é a psicomotricidade e fazia um trabalho de reciclagem também. Eu fazia muito grupo mesmo, de circo, de dança (...) pelo fato da medicação, você acaba tendo dificuldades motoras, coordenação motora, pelo fato de ser adolescente também (...) eu consigo trabalhar coordenação motora fina e global" (Entrevista - S3.1 - homem).

"Meu outro emprego não permitia essa parte mais artística, pintura, violão, culinária, esporte, entendeu? eram umas coisas que eu sempre gostei de fazer e aqui tive a oportunidade de resgatar essas coisas (...) que é isso, reabilitação psicossocial, então, uma das ferramentas que a gente usa é justamente essa de procurar acessar o usuário através de alguma coisa que ele goste de fazer, né" (Entrevista - S1 - homem).

Observa-se nas citações abaixo que os profissionais também valorizam muito atividades no território. Assim, apesar da contradição quanto aos objetivos do tratamento nos CAPSi, os relatos sobre as ações para realizar os objetivos estão alinhados à lógica sócio-inclusiva e não ligados à cura ou à normatização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

"Oferecer isso e também da aceitação social, eu faço bastante grupo que a gente sai fora do CAPS, então, da gente ser esse mediador da criança, do adolescente que não sabe como lidar com a sociedade e com a sociedade que não sabe lidar com essa criança, com esse adolescente. Eu faço um grupo que chama pé pra fora e agente vai para vários lugares, pra São Paulo, pega ônibus, pega metro e a gente vai mediando isso, a gente vai se emprestando para dizer pras pessoas que não é bicho, que não vai morder e é bacana isso, é super cansativo, mas acho que a gente tem ganhos enormes, tem casos que mudaram totalmente a partir desse trabalho" (Entrevista - S3 - mulher).

"A gente vai articulando e compondo com a rede, com a escola, quando falo rede não estou falando só assistência social, não to falando só de outro CAPS, de atenção básica de saúde, estou falando de, pensando em rede, mais que escola, rede como possibilidade de circular, passear, ir no zoológico, ir na piscina, praia, sei lá" (Entrevista - S14 - mulher).

"Inserção em grupos, oficinas e atendimentos individuais quando precisa e acho que a partir dessa discussão com a rede contínua, matriciamento, território" (Entrevista - S19 - mulher).

"Além de trabalhar os benefícios que essa criança tem direito, que como assistente social eu faço toda essa orientação de benefícios, de como conduzir na escola, para o professor, fala pro professor o que seu filho tem, seja amigo desse professor pra que ele dê atenção pro seu filho, porque tem pais que observam que numa sala de aula um professor que tem 35/40 alunos não consegue dar atenção pro filho dele e não é porque é ruindade do professor, mas porque é impossível, então, eu consigo orientar os pais que sejam amigos do professor, converse com ele sobre sua angústia de ter esse filho assim, que você se preocupa com ele" (Entrevista - S18.1 - mulher).

"Os dispositivos que a gente usa são essencialmente os grupos, que é onde a gente promove a interação entre as crianças, seja através de brincadeiras, através de jogos, festa, através de, enfim, passeios, uma infinidade de material que ao nosso ver contribuem com isso, a gente fica meio que como intermediador dessas ações" (Entrevista - S7 - mulher).

Nesses relatos, sobre os recursos utilizados pelos profissionais para realizar os objetivos que acreditam, observa-se que nenhum profissional cita atendimentos individuais ou familiares. No entanto, ao enumerar a ordem de importância que atribuem às atividades realizadas no serviço², os profissionais apontam como as mais importantes: os grupos terapêuticos, a rede de forma geral e as reuniões realizadas com outros serviços e, em segundo lugar, os atendimentos individuais e atendimentos aos familiares dos usuários. Portanto, os profissionais têm consciência de que para haver inclusão social são fundamentais tanto ações no território e atividades em grupo, como atendimentos individuais dos usuários e de seus familiares, ou seja, da importância de ambas as lógicas nas ações que se devem realizar nos CAPSi (lógica sócio-inclusiva e lógica clínica-terapêutica).

A lógica clínica terapêutica é aquela relacionada às ações que visam o desenvolvimento individual do usuário e de seus familiares, não importa a abordagem teórica que essa clínica se realiza, o que vale é a atenção voltada a

² A terceira questão da entrevista semi-aberta consiste em exemplificar ações/atividades que o profissional realiza nos CAPSi e enumerar as ações que considera mais importantes para as menos importantes.

cada caso e a construção de um projeto individualizado com sustentação teórica da prática realizada.

Pode-se aventar que a lógica clínica-terapêutica, apesar de assimilada pelos profissionais como importante parte do tratamento nos CAPSi, a forma como se pode realizá-la não é assimilada e assim, ela não se concretiza. Talvez isso se dê por falta de conhecimento técnico dos profissionais para realizá-las.

Essa hipótese pode ser reforçada ao se observar o conteúdo dos grupos focais em que os profissionais apresentam dificuldades em dizer em que consiste o tratamento nos CAPSi, no sentido curativo-terapêutico:

"Eu - e qual o projeto terapêutico? Sujeito - tem atendimento diário aqui, a gente colocou segunda feira na parte da manhã, porque nossa segunda a tarde são reuniões, então, vem pela manhã, almoça e vai pra casa e de terça a sexta, ela vem a tarde e o projeto original dela é que ela fique até o jantar pra que seja assistida, participe da maior parte de oficinas possível e seja atendida pela equipe multiprofissional. Ainda não começaram os atendimentos, eu não consegui, porque um dia ela faltou e na sexta eu estava em atividade e ela vem mais pra consulta" (GF - CAPSi 2 - 1o encontro).

Observa-se que o projeto terapêutico consiste em datas e horários de frequência ao CAPSi e não em objetivos visando evolução do caso ou o desenvolvimento do usuário, revela-se assim certa dificuldade dos profissionais em estabelecer de fato um projeto terapêutico, além desse projeto ser bastante solto, por exemplo: "ser atendida pela equipe multiprofissional", "participar da maior parte de oficinas" sem quaisquer explicações ou justificativas sobre o propósito dessas indicações.

Corroborando com esse resultado encontrado, CAYRES e REIS (2012) indicam que os projetos terapêuticos acontecem na entrada das crianças e adolescentes nos CAPSi e são mais raros nos momentos posteriores do tratamento, porque a demanda dos serviços é grande. Essa realidade corrobora com a raridade das altas, uma vez que diante da gravidade dos casos atendidos nessas instituições e com o acompanhamento dos casos prejudicado, é difícil decidir sobre a conclusão do trabalho. Assim, o projeto terapêutico poderia funcionar como um dispositivo

norteador, promotor de comunicação entre a equipe e acompanhamento do processo terapêutico, do começo ao fim da permanência do usuário no serviço. Esse acompanhamento dos casos poderia responder às angústias dos profissionais que problematizam a identidade dos CAPS, o papel de seu trabalho, bem como a necessidade de oferecer um serviço de qualidade.

CAYRES e REIS (2012) discutem ainda as dificuldades a serem enfrentadas pelos CAPSi em relação às práticas clínicas, no sentido de que se encerraram as práticas psiquiátricas manicomiais, mas as novas práticas estão indefinidas e o trabalho em saúde mental passa a poder ser qualquer um. Segundo os autores, estamos em um momento de transição em que as incertezas e lacunas teóricas e técnicas são muitas, de modo que é fundamental se resgatar a clínica, tanto do ponto de vista da assistência aos pacientes diretamente, como do ponto de vista institucional.

Ressalta-se certa concretude dos profissionais, tanto ao traçarem um projeto terapêutico, como em trabalhar com a mente do paciente, ficando presos à realidade concreta:

"Eu - Semana passada vocês comentaram que o usuário tem desejos por homens e pelo Ben 10 que às vezes é homem e às vezes mulher. Sujeito 2 - a única forma que ele pode gostar do Ben 10 é ele sendo mulher, por uma não aceitação da mãe. Ele gosta de menino, mas ele tem que falar que vai namorar com a menina, porque a mãe não aceita que ele tenha uma outra escolha. Eu - E quando ele diz o Bem 10 é menina pra poder namorar com ele como vocês lidam com isso? Sujeito 2 - Eu digo que não, que o bem 10 é menino e pergunto: Você gosta de menino? E ele diz sim, mas não pode, porque é pecado. Eu - Será que não é uma possibilidade que ele tem de gostar de um homem inventando uma história que o homem vira mulher, ou seja, usando sua criatividade? Eu fiquei pensando: porque o Ben 10 não pode ser uma mulher? Pensando no lúdico, porque o Ben 10 não pode virar uma mulher na imaginação dele, se essa é uma possibilidade dele namorar um homem. Sujeito 2 - não entendi! Eu - Se o Ben 10 vira mulher é uma possibilidade dele namorar um homem sem ser reprimido. Sujeito 2 - Desde que seja aceitável, o Ben 10 é homem e ele tem que saber disso, não dá para deixar ele na loucura dele de achar uma coisa que não é. Sujeito 5 - Mas, podemos fazer de conta para dar uma tranquilizada. Sujeito 2 - Eu vou falar que não se eu tiver perto, porque não dá para fantasiar uma vida que ele já tem tão fantasiada. Acho que nosso intuito psiquicamente é trazer para a

realidade, ele vai ter escolhas, mas na realidade. Sujeito 5 - mas, qual realidade?" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

Apesar dessa rigidez dos profissionais que apresentam dificuldades em criar, imaginar e adentrar no mundo mental dos usuários, eles dizem valorizar o lúdico, o artístico:

"Vou trabalhar relação social, regras e limites, autonomia, através de atividades lúdicas com ou sem objeto, então, brincadeiras de roda, brincadeiras cantadas, brinquedos e coisas do tipo" (Entrevista - S22 - homem).

"(...) as habilidades artísticas, pintura, teatro, esportes e eu uso disso para poder conseguir essa reabilitação dele, né (...) Integração social, né, circulação no território e com a pauta da arte, da arte, do teatro, entendeu, então uma das ferramentas que eu uso é essa" (Entrevista - S1 - homem).

Outro aspecto a se ressaltar consiste em certa inadequação profissional, que se revela tanto nos grupos focais como nas entrevistas, demonstrando o despreparo dos trabalhadores para lidar com casos tão difíceis e famílias tão comprometidas que procuram os CAPSi:

"Sujeito 2: Eu falei, é gostoso, se você mexer em seus órgãos sexuais você não vai gostar? é mó gostoso! risos. Eu - você falou isso pra a mãe do usuário? risos. Sujeito 2 - Quem nunca pegou um espelhinho para ficar olhando, eu falo isso pra ela e ela dá risada. Ele tem o direito dele, não é porque ele tem uma dificuldade que ele não vai ter esse desejo de homem" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

"Sujeito 2 - O profissional R (do sexo masculino) não é uma figura importante, é uma figura que quando ele vê, ele quer ir pra cima, sabe que os meninos vão segurar, tentar conter ele um pouco mais e onde ele tem um aconchego de um homem segurando ele. Sujeito 7- Por exemplo, se o profissional R vai chegando mais perto, o usuário começa a causar uma situação para chamar atenção do R ou do A (profissionais homens) pode ter 10 pessoas, ele vai do lado do A pra ele segurar ele. Sujeito 6 - Ele não quer apanhar de uma mulher, quer apanhar de um homem. Sujeito 5 - Ele quer apanhar? Sujeito 2- apanhar é forma de falar, quer que alguém o segure. Sujeito 5 -Será que não dá para perguntar: Você não tem vontade que alguém te cate e te dê uns beijos na boca? será que ele não fala, quero? Porque apanhar é a única referência que ele tem de ter contato com homem? Sujeito 6 - O afastamos dos homens porque ele estava se colocando em risco no grupo, principalmente no grupo, por esse movimento que ele fazia de querer bater, quebrar as coisas, jogar as coisas, podia colocar alguém em risco ou ele

mesmo, a gente segurava pra ele não se colocar em risco e como a gente percebeu que segurando não resolvia, continuava esse mesmo movimento, a gente resolveu o afastar. Observadora - vocês chegaram a falar pra ele que vocês têm essa hipótese? ou não? Sujeito 6 - não, mas o R chegou a comentar isso com ele: o que você quer que a gente te segura, te aperte? mas a gente não vai fazer isso. Sujeito 7 - Ele fala que não, mas dá um sorriso e abaixa a cabeça falando que sim. Sujeito 6 (profissional R) - e eu já falei isso pra ele: eu não vou segurar você, eu não vou bater em você, entendeu? eu vou conversar com você, entendeu? a gente vai se entender conversando. Sujeito 2 - Então, é complicado deixar os profissionais homens agarrarem ele, porque ele já inventou várias conversas com outros pacientes, ele fala que foi estuprado, que o profissional bateu. Então, assim, é um pouco complicado a gente deixar ele aproveitar do corpo dos meninos pra que ele se realize sexualmente, não dá, porque ele vai além. Ele inventa coisas que ele queria que acontecesse e é abordado isso no atendimento individual que ele traz: se ele quer falar palavrão ele vai falar, se ele quer falar que gosta de homem é uma opção dele, ele vai gostar de mulher é uma opção dele, nos atendimentos individuais é muito aberto, nosso papel como referência no atendimento é buscar se é verídico ou não, porque uma pessoa de 17 anos não pode chegar e falar que outra pessoa estuprou ela num serviço de saúde, nem em qualquer outro serviço" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

No primeiro trecho do Grupo Focal fica clara a inadequação do profissional ao lidar com a mãe de um usuário, falando questões de masturbação sem finalidade alguma no tratamento. No segundo relato, os profissionais contam o caso de um usuário que gostava de ser "agarrado/abraçado" por profissionais do sexo masculino e falava para as pessoas, fantasiosamente, que esses profissionais haviam abusado sexualmente dele. Para evitar esses relatos os profissionais optam por afastar o menino dos profissionais do sexo masculino, ao invés de trabalhar esses aspectos da sexualidade que estavam aparecendo.

Observa-se ainda que os profissionais não sabem o que fazer diante de alguns quadros como o de autismo, por exemplo e diante das dificuldades e da ignorância dizem não ter o que fazer, sendo que há muito o que se fazer além de simplesmente se oferecer um espaço para essas crianças³, conforme o profissional sugere:

³ Seguem alguns exemplos de tratamentos para autismo: ZAPATA (2001) e FERNANDES (2000) - Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) - Comunicação Total de Benson Schaeffer. KWEE et al. (2009) e CALAZANS e MARTINS (2007) - TEACCH (The Treatment and Education of Autistic

"Acho que é muito difícil também pra todo mundo, eu mesmo, entender qual é o nosso papel de fato, acho que a gente tem um papel muito pouco curativo na maioria dos casos, a acho que a gente tem o papel de oferecer um espaço para aquele que não vai ter espaço em outro lugar e acho que isso gera muito desentendimento (...) Uma criança com autismo, na verdade é isso, um passeio que você oferece aqui, um ida ao wetnwild que você vai fazer, de repente é a única possibilidade que a criança tem de ter esse tipo de diversão, então, muda muito o objetivo conforme o quadro da criança que vem pra cá (...) Por exemplo, no caso de autismo, ninguém suprime sintomas de autismo, é insuprimível, entende, você pode até adestrar, pode criar situações que você força o indivíduo ter uma apresentação pra você, mas você não altera muito a subjetividade dele, você não suprime a condição de autismo, acho que é legítimo suprimir a condição de autismo, se a medicação suprimisse é totalmente legítimo, também não embarco naquele discurso é um outro jeito de ser, não, não é um outro jeito de ser, é um quadro dramático que deveria ser suprimido, mas a gente não consegue (...) Então, é muito comum, chega pra mim, a criança tem autismo grave (...) eu tenho muito pouca possibilidade de ação pra suprimir sintomas, eu até tento fazer isso, eu tenho um certo ceticismo em relação a isso" (Entrevista - S27- homem).

Revela-se assim, a dificuldade dos profissionais em lidar com as questões que aparecem no cotidiano do serviço, que longe de serem simples exigem um preparo profissional e psíquico grande, além de muita discussão de equipe para que uns fortaleçam os outros e possam enfrentar situações delicadas que surgem a todo o momento com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

6.2.2. A REDE

Outro aspecto que os profissionais de CAPSi consideram fundamental para a concretização dos objetivos do trabalho é o funcionamento em rede, que não é algo simples. A proposta de trabalhar em rede implica uma nova forma de organização da assistência, em que não há hierarquia e gradação de importância entre os serviços. Cada qual tem seu papel específico e suas características próprias. De forma que a horizontalidade das relações entre os recursos que a compõem não impossibilita a existência de funções específicas. A rede possibilita aos múltiplos agentes compartilhar responsabilidades e saberes, ampliando o olhar sobre as mesmas questões, acolhendo a pessoa que sofre e considerando suas complexas necessidades. A proposta das redes não se restringe ao campo extramuros da instituição, mas envolve as relações interpessoais no interior dos CAPS envolvendo “a instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral” (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2003, p.38).

Os profissionais apontam a rede de atenção às crianças e adolescentes com problemas de saúde mental como fundamental no processo de tratamento, tanto a rede de serviços como a rede de profissionais e até a rede que se forma entre os usuários de CAPSi:

"Fazer essa junção de prática e teoria e jogar pra rede, que é uma coisa que eu gosto muito, trabalhar com a rede é muito importante, apesar das dificuldades a gente tem parceiros e eu acho que os objetivos vão se realizando através disso, porque mesmo que não esteja mais comigo, tem alguém, parceiro, que tá olhando" (Entrevista - S3.1 - homem).

"Então, o zelo maior é pela implantação do modelo psicossocial (...) o foco é com a equipe mesmo e com o modelo internamente e externamente são muitas reuniões com colegiados de CAPS, colegiados de atenção especializada, gestores, reuniões com a rede de atenção, com os setores CRAS, CREAS" (Entrevista - S23.1 - mulher).

"E assim, eu não consigo ver esse trabalho preso no espaço CAPS, o espaço CAPS pra mim ele é aberto, então, eu sou um dos profissionais que mais sai, faz integração com outros serviços, UBS, CREAS, CRAS" (Entrevista - S17.1 - homem).

"É quando o usuário está com outros e vê a questão dele que é muito difícil pra ele, vendo outro usuário ele vê que o outro tem uma questão pior que a dele ou parecida e ele consegue enxergar isso e acho que isso é muito importante" (Entrevista - S1 - homem).

De acordo com o relato dos profissionais, grande parte dos usuários dos CAPSi tem uma rede de relacionamentos bastante restrita, ou eles são isolados ou frequentam apenas o entorno de sua casa o que quase sempre significa: igrejas e vizinhança, locais que muitas vezes são ligados à violência em diferentes sentidos. Além desses locais eles convivem com a família, que frequentemente tem questões importantes de saúde mental:

"Ele tá aqui no serviço há mais de 5 anos, tem uma mãe super religiosa, ele tem 17 anos e não tem contato, tirando as pessoas da igreja, uma ou duas vizinhas da mãe não tem contato com ninguém" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

"Por conta da religião da mãe teve momentos até que o pastor bateu na cara dele, proibia que ele tomasse medicação e depois nós descobrimos que o pastor era o vereador do município. Quando nós descobrimos esse pastor que orientava ela proibindo de dar medicações, nós entramos em contato com ele e ele foi falando um pouco da religião, das crenças referentes a macumba, sobre muitas coisas que eles misturam muito e fica muito confuso, principalmente na cabeça da mãe e quando nós falamos que era um problema de saúde, esse pastor expulsou ela dessa igreja e ela foi pra outra. Ele tem uma negatividade e não quer ir pra igreja, o pastor fica jogando a mão na cabeça dele e ele fica falando isso e um dos pastores falou que ele estava com o demônio e tirou no tapa e quando ele fala que gosta do homem é quando eles falam que ele está com a pomba gira e é o espírito de uma mulher devassa (...) E quando ele fala da sexualidade dele as pessoas da igreja e a mãe pontuam isso, se ele está tendo desejo pelo homem, não é pelo homem que ele tem desejo, não é o homem que ele tá querendo, ele com 17 anos não tem malícia, é a pomba gira que baixou no corpo dele pra que ele goste de homem, porque ela não aceita o desejo dele" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

"E ele causa, porque assim, quando ele percebe que está um pouco só, ele fica com medo e ele grita e sai no meio da rua chama a atenção, os vizinhos seguiram ele e quando chegaram perto estava ao lado da boca e queriam matar ele, sacaram revolver, enfim, ele chama muita atenção se ele fica solto e os traficantes lá, os meninos que tem ponto, eles não gostam e vários

momentos ele tem que ficar, mas ele morre de medo" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

"Na verdade o projeto seria esse, porque ele precisa ter circulação entre as pessoas e precisa ter repertório, porque ele não tem repertório, não sai da fala da mãe e do pessoal da igreja, ele não tem contato com os adolescentes, com pessoas saudáveis" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

"Nessa casa circulam muitas pessoas, eu acho que tem um irmão muito briguento que não quer saber de trabalhar, que na medida que ele vai falando parece ter alguma situação de saúde mental que não está muito elaborada e organizada, e tem outro irmão de substância psicoativa, mas o que dá pra ver é o momento atual, o anterior a gente não consegue organizar. Não sei se a gente consegue organizar com essa mãe uma ordem cronológica, talvez o pai consiga falar um pouco mais porque é mais preservado, mas ainda não conseguimos fazer anamnese" (GF - CAPSi 2 - 1o encontro).

"Ignorância da família, da sociedade, eu estou falando do município que eu trabalho há 11 anos e a gente tem uma cultura muito difícil aqui, então, é bem difícil, principalmente se pegar a parte religiosa, porque aqui assim, o tratamento eles acham que não é bom, bom é medicação, tratamento medicamentoso só e a parte religiosa pega muito e isso atrasa, que eles acreditam que não seja uma doença, uma patologia, mas algo espiritual" (Entrevista - S13.1 - mulher).

Desse modo, o desafio dos profissionais de inserir os usuários com esse histórico de relacionamentos interpessoais comprometido é bastante significativo e para que isso se concretize tanto os serviços ligados aos CAPSi, como o modo de funcionamento do próprio CAPSi e a equipe interna são fundamentais.

Aponta-se como um ponto positivo a união da equipe e as trocas que ocorrem entre os profissionais de diferentes áreas, de acordo com os relatos é muito rico esse trabalho em equipe multiprofissional e todos acabam aprendendo muito. No entanto, relatam sentir falta do serviço funcionar de maneira mais receptiva aos usuários e seus familiares e indicam que as burocracias institucionais podem atravessar o tratamento:

"Os profissionais, a equipe multi, não que eu sei muito de fono, muito de T.O, mas por trabalhar junto, com os coordenadores de muitas profissões acho que a gente vai somando, tem um menino com uma linguagem esquisita, quer chamar a atenção, com um funcionamento motor x, acho que a gente vai se complementando e vai melhorando nossa formação, nosso olhar, não fica só psicológico, acho que amplia" (Entrevista - S3 - homem).

"Se algum técnico precisa estou lá ajudando ou para ajudar a fazer um grupo com outros técnicos" (Entrevista - S3.1 - homem).

"O CAPSi é uma experiência muito legal, a equipe é muito boa, a equipe é muito bem treinada, são profissionais, cada uma na sua área, mas que entendem muito do que estão fazendo, então, aqui é um lugar mesmo de alto nível de trabalho" (Entrevista - S18 - homem).

"Bom, infelizmente eu sou só médico, faço a consulta médica, a gente não tem tempo, dada a demanda, de participar de reuniões, de grupos de matriciamento, porque eu só venho uma vez por semana, então, a minha participação não é como deveria ser de um médico que está aqui o tempo todo. Então, a gente tem uma participação bem médica, mas o bacana é que a equipe entra junto, as referências entram junto, principalmente na primeira consulta, existe um cuidado mesmo que o médico não esteja sozinho e a equipe vem cobrar quando não concorda com alguma coisa, uma conduta, um diagnóstico, vem conversar também" (Entrevista - S18 - homem).

"Eu acho muito complicado o indivíduo especial não ter uma instituição de referência, ele e a família dele, mais a família na verdade, é muito importante, um lugar onde ele possa vir quando ele está mal. Por exemplo, eu acho muito importante, claro que aqui tem a questão institucional, a questão do número de funcionários, mas é muito legal, a mãe não pode brincar com o filho na rua, porque o filho sai correndo que nem um louco e um carro atropela, mas ela poderia usar, por exemplo, um espaço do CAPS pra ele correr (...) então, seria legal de repente a gente usar mais, aqui ser um espaço mais livre pra que as crianças mesmo que estivessem em atendimento e os pais quisessem ficar aqui pra brincar, como um parquinho acho que seria muito legal e não é tanto assim, até porque como a gente tem poucos funcionários, sempre fica aquela questão, entendeu, e se acontece alguma coisa? Eu não curto muito esse discurso, mas eu entendo esse discurso, eu não gosto por questões pessoais dele, mas de fato a gente vive em uma sociedade que realmente, se acontece alguma coisa e a gente está aqui no ambiente do CAPS tem toda aquela cadeia de busca de culpados e como tem poucos funcionários, mas teria que ter alguém especialmente designado para ficar nesse espaço, entende? (...) Então, às vezes as regras institucionais te impõem uma dificuldade no contato, tira a espontaneidade no contato" (Entrevista - S27 - homem).

Um aspecto apontado pelos profissionais como complicado é o excesso de demanda nos CAPSi pelo excesso de pacientes ou falta de CAPSi suficientes e pela desorganização da rede, que pelo desconhecimento do serviço encaminha casos que não seriam de CAPS e acabam gerando um serviço que não seria necessário ser realizado nos CAPSi:

"Acho que é difícil, pelo município que a gente trabalha, tem só 1 CAPS" (Entrevista - S3 - mulher).

"Quando eu cheguei era muito difícil, não conseguia me interar de tudo que é responsabilidade minha, é muita coisa, muita informação, muitos pacientes, a gente chega e herda uma lista de 70 pacientes e tem que dar conta de todos e de todas as demandas, saber quem são e quem é a família, o que veio fazer e aos poucos a gente consegue entrar nesse ritmo e ainda dar conta da demanda do serviço" (Entrevista - S7- mulher).

"Isso dificulta muito por causa da demanda, tudo vem pra cá e a gente precisa limpar o que é nosso e o que não é e isso dá o maior trabalho" (Entrevista - S3 - mulher).

"Entender que tem crianças aqui que não precisam estar e a gente consegue perceber que tem crianças que não conseguem chegar e que a gente não consegue alcançar por causa dessa demanda que está aqui dentro e aí já tem um tempo que a ideia é esse enxugamento para a gente conseguir dar conta dessa demanda que realmente precisa estar aqui. Enfim, estou nesse momento agora, de ver qual a demanda de cada paciente, com que eu posso contribuir, enfim" (Entrevista - S7- mulher).

"Com a rede complica muito mais que você vai trabalhar com a rede e a às vezes, a UBS não entende aqui e acha que toda criança, todo adolescente tem que ser atendido aqui e, eu acho que isso dificulta o trabalho" (Entrevista - S3.1 - homem).

"Os serviços ambulatoriais acham que aqui tem que virar um ambulatório ou só sair prescrevendo" (Entrevista - S14 - mulher).

Observa-se assim que a rede é vista pelos profissionais como parte fundamental do trabalho, no entanto, eles relatam diversas dificuldades e muita energia demandada para tentar organizar minimamente essa rede e concretizá-la. Pode-se perceber que há uma tendência em culpar outros serviços pelo fato da rede ser desordenada, sendo que eles mesmos demonstram certa dificuldade em classificar os casos que são deles e os que não são, o que seria uma das funções dos CAPSi. Revela-se também certa dificuldade em lidar com situações mais difíceis que precisariam de mais esforço para circular no território:

"Ele não tinha justificativa de um transtorno grave e persistente que justificasse um atendimento na psiquiatria infantil, então, fizemos contra referência na UBS, atendimento na rede, um trabalho com a mãe, então, logo em seguida ele teve alta. Então depois, foi discutido com a equipe de NASF de saúde mental da região. Depois de 1 ou 2 meses ele volta encaminhado

pelo conselho tutelar por conta de estar há 3 anos fora da escola por uma decisão da mãe. Desde então ele não voltou para a escola" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

Sujeito 1 - Ele participou do grupo que era um grupo de saída e ele participou algumas vezes e no começo até que ele ia bem, aí de repente, deu uma desorganização nele e ele caía no meio da rua, fazia aquelas cenas, sabe? Caía por cair, a gente via que era fingimento porque não queria sair. Aí teve um remanejamento do grupo e teve essas interferências com ele e ele foi obrigado a sair do grupo, eu não sei, mas acho que ele poderia voltar. Sujeito 2 - Porque as pessoas quando vão tendo algumas dificuldades fica melhor trabalhar com as outras e assim e ele demanda bastante (...) por esse motivo que, como referência dele, eu pensei em um projeto de fazer um trabalho com o território pra que ele tenha possibilidades e não fique trancado só dentro de dois cômodos (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

Nesse segundo relato fica evidente uma contradição: ao mesmo tempo em que o profissional de referência faz um projeto terapêutico visando um trabalho no território, o usuário é afastado do único grupo que frequentava que ia pra rua. Assim, há uma dificuldade dos profissionais em realizar na prática aquilo que acreditam ser importante realizar.

Portanto, apesar de acreditarem na potência da rede, os trabalhadores de CAPSi nem sempre agem nesse sentido. Essa realidade ficou clara em todos os Grupos Focais realizados, que foram dominados por uma profissional que afirmava constantemente seu valor no caso em questão, revelando as dificuldades em trabalhar em equipe e a tendência a culpar outros pelas dificuldades inerentes ao trabalho, e assim, se desresponsabilizar. Ao mesmo tempo, revelaram dificuldades em conduzir os casos, tanto pela complexidade envolvida, como por uma dificuldade em dividir as responsabilidades com outros profissionais ou outros serviços.

Um exemplo que ilustra essa realidade ocorreu na sala de equipe do CAPSi 1 em que tinha um acolhimento a ser feito que foi sendo passado de profissional para profissional e quem era solicitado logo passava à outra pessoa, alguns profissionais ignoravam. Nessa ocasião cinco trabalhadores foram acionados e sobrou pra uma psicóloga que era mais nova no serviço.

Ou seja, são raros os momentos de trocas reais, o que pode se dar pela própria dificuldade na dinâmica de funcionamento de grupos. Segundo KAES (1991) todo trabalho em equipe exige ruptura, para nos interessarmos pelo outro precisamos abandonar nossa onipotência, o que não é fácil. Para o autor em instituições que se propõe a tratar problemas como loucura, morte, doenças, extrema pobreza, que é o caso dos CAPSi, é mais difícil conter a pulsão de morte. Nesses tipos de instituição o "thanatos" arcaico ou a pulsão de morte se manifesta e, muitas vezes, vai criando insalubridade no trabalho.

Essa pulsão de morte aparece nos grupos focais a partir de tensões e conflitos entre a equipe e, ao longo da realização da pesquisa de campo, a queixa sobre o cansaço era constante; o que pode se dar pelo sentimento de impotência devido a dificuldade em concretizar e mensurar o valor e o teor desse trabalho. Isso pode ocorrer tanto pela natureza abstrata que o campo da saúde mental envolve como pela falta de clareza da proposta dos CAPSi, em que cada um vai se formatando a partir da demanda que surge e a partir do conhecimento que os profissionais que estão no serviço no momento têm sobre as questões que os usuários trazem.

Portanto, a concretização da proposta de tratamento dos CAPSi demanda muito preparo dos profissionais, que depende de investimento individual, de uma mudança nos cursos de graduação ligados à saúde, além do investimento dos serviços em formação e capacitação profissional, espaços de discussão, supervisão clínico-institucional, o que não vem ocorrendo. Corroborando com DELFINI (2016) ao indicar que a formação dos profissionais nas universidades, em grande parte, direcionada às especialidades e a atuação objetiva dentro de um campo de saber específico e fragmentado, leva os profissionais a chegarem aos serviços de saúde na expectativa de atuarem dentro de sua área específica, ou seja, com as especificidades de seu núcleo de saber em práticas tradicionais e isoladas. Realidade essa que diverge completamente das propostas dos CAPS.

Nesse sentido, ABUHAB et al. (2005) apontam que a superação do modelo médico-psiquiátrico assistencial exige reflexão, articulação e disponibilidade e está

enraizada na superação do paradigma de formação de todos os profissionais do campo da saúde, porque é provável que a maioria dos trabalhadores da saúde foram ou são formados segundo o modelo clínico-biológico e não apenas o profissional médico. Segundo os autores, os entraves estão localizados na comunicação entre a equipe, nas deficiências na infra-estrutura e na falta de supervisão de grupo o que repercute na organização local do serviço e evidencia contradições entre o discurso e a prática.

6.3. RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM OS FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CAPSi E GÊNERO

6.3.1. DIFICULDADES EM LIDAR COM OS FAMILIARES DOS USUÁRIOS

Os profissionais de CAPSi compreendem que trabalhar conjuntamente com os familiares dos usuários é parte fundamental do tratamento:

"A gente tem famílias que colaboram muito e a gente vê uma evolução muito boa do caso e quando a família se envolve acho que isso traz um retorno muito importante pra gente. Às vezes a gente vê muitos problemas com a família, a escola e fica muito complicado, mas acho que no geral, é isso (...) Orientamos as famílias para que elas também façam com que os filhos fiquem independentes (Entrevista - S9.1 - mulher).

"De eles saberem que o processo é construído em conjunto, que não é o profissional que sabe do filho, eles sabem muito sobre o filho, às vezes até

mais e como isso é feito em conjunto, acho que esse é um desafio" (Entrevista - S14 - mulher).

"O trabalho com a família acho bem importante, não dá para pensar que atende criança e adolescente só eles, a família é essencial, a gente vê diferença quando tem uma família bacana, envolvida e quando não há isso e a gente precisa afetar a família, sensibilizar a família, acho que é uma diferença bem crucial" (Entrevista - S3 - mulher).

Para os profissionais também é muito importante escutar e oferecer amparo aos familiares:

"A maioria dos adolescentes chega aqui acompanhado, todos vão vir com um adulto responsável por ele, ou conselho tutelar, ou professor, um adulto quando não é pai, avô, tio e a gente desde a avaliação tenta entender o que está acontecendo, é feito um trabalho de escuta do adulto (...) a gente também tá entendendo que estamos cuidando do familiar, do adulto cuidador, não no sentido de dar uma terapia pra pessoa, porque eles também precisam de um cuidado especializado, mas no sentido de pensar como está sendo a relação deles com a criança e o adolescente em sofrimento, a relação deles, como é o vínculo, se o comportamento da criança ou sintoma tem a ver com o comportamento do adulto ou não é desse jeito que a gente pensa" (Entrevista - S23.1 - mulher).

"Bem, acho que é aliviar a angústia dos pais, que geralmente os pais chegam muito angustiados, muitos pais é novo pra eles ter um autista, ou um déficit mental ou alguma coisa, então pra muitos pais é difícil lidar com isso, então, a gente entra tentando, eu acho, aliviar essa angústia, porque nem sempre a gente dá conta de um monte de coisa, então, a gente vai aliviando essa angústia, trabalhando algumas questões que a gente sabe que vai estar ajudando esses pais, ajudando a lidar com essa criança, ajudando a esses pais orientarem outras pessoas que ajudam, porque às vezes esses pais trabalham e ficam com vó, tio e trabalhar com isso pra estar ajudando" (Entrevista - S18.1 - mulher).

"Sujeito 7 - Mas acho que o manejo não é só com ele, mas com a mãe também, ela é muito solicitante, ela faz do momento dela um atendimento, que ela chega aqui no CAPS e já vai procurar um atendimento, ela traz muitas queixas. Então, acho que o trabalho é muito mais com a própria mãe que com o usuário X, porque não adianta fazer todo o trabalho com ele, mas ela que fica direto, no dia a dia" (GF - CAPSi 1 - 1o encontro).

"Sujeito 1 - A importância do vínculo profissional paciente e profissional família e com esse vínculo você consegue trabalhar, ver as dificuldades e consegue fazer o trabalho e desenvolver alguma coisa. Sujeito 2 - Acho que a mãe e o filho vão vivenciando esses lugares de recusas, porque esse meu trabalho com ela foi direcionado através de um grupo de família que ela não

foi aceita, porque ela queria falar mais que todo mundo e nisso ela foi meio que tirada do grupo e nessa recusa ela ficou longe de todo mundo por muito tempo e eu aí que me aproximei dela, comecei a fazer os atendimentos familiares. Sujeito 1 - Eu acho que ele melhorou muito, mas acho que a mãe melhorou bastante. E com a melhora da mãe ele teve ganho" (GF - CAPSi 1 - 1o Encontro).

Observa-se que os profissionais reconhecem certa evolução do caso quando se investe na família e, ao mesmo tempo, muitas vezes, as famílias são vistas como barreiras ao bom andamento do tratamento.

Essa realidade corrobora com os resultados encontrado a partir da análise de evocações em que no QUADRO 3 observa-se que diante dos termos indutores: "transtornos mentais em meninas" e "transtornos mentais em meninos" a palavra "família" é a mais evocada, indicando a importância atribuída aos familiares no transtorno mental tanto de usuários do sexo feminino como masculino.

Dessa forma, os profissionais culpam as famílias tanto pela origem dos problemas de saúde mental dos usuários, como pelo tratamento oferecido nos CAPSi não ser bem sucedido. Assim, observa-se a tendência dos profissionais a culpar outras instâncias pelas dificuldades enfrentadas cotidianamente:

"Eu acho completamente difícil trabalhar no CAPS infantil até mesmo pelas peculiaridades e especificidades do trabalho mesmo, você tem que lidar com a criança, com o adolescente, você tem que lidar com os familiares e, além disso, que é uma tarefa super árdua, dependendo, a gente tem a rede e para poder eu exercer minha tarefa com eficácia, eu preciso que a família esteja presente e que a rede também esteja, e, às vezes, sempre, quase nenhuma está, porque a gente tem uma família que está em crise, tem uma compulsão a repetição, uma repetição e elas não saem dali e você tem que ser muito objetivo e muito quadrado com elas pra você conseguir ter uma evolução, mesmo que seja mínima." (Entrevista - S3.1 - homem).

"O que talvez acabe demandando é essa organização familiar, quem assume o papel de quem, então, acho que aí que a gente fica mais perdido" (Entrevista - S3 - mulher).

"Porque o telefone de ninguém da família atende e depois dizem que não tem dinheiro, que não deu, confunde o horário 6 com 16, mesmo você explicando várias vezes (...) ao mesmo tempo que não se responsabiliza, o pai é impedidor, ele vem colocando vários empecilhos, dizendo que não vem e influencia a família, ele funciona assim, meio garotão, passa pelo processo de

desemprego há muito tempo e todas as vezes ele questiona e chegou a comentar que a equipe que está colocando doença na filha" (GF - CAPSi 2 - 1o encontro).

"Na verdade, o intensivo é mais para tirar a pessoa da situação que ela está, se ela vive um conflito com a família, então, traz pra cá para ter uma socialização melhor" (Entrevista – S1.2 - homem).

"Trabalhar em CAPS infantil tem umas coisas muito difíceis, como não é o próprio paciente que vai procurar atendimento, mas a família e às vezes essa família busca atendimento motivada por expectativas que você nunca vai cumprir, então, isso é muito complicado" (Entrevista - S27 - homem).

Ao mesmo tempo em que os profissionais compreendem que as famílias dos usuários estão tão adoecidas quanto os próprios usuários e precisam de cuidados, eles as culpam pelo mal andamento do tratamento. Revelando certa dificuldade em lidar com a situação o que leva a uma inversão, o que deveria ser parte do tratamento se transforma em uma acusação que em nada ajuda, isso fica evidente nos grupos focais:

"E essa família não consegue manter esse atendimento, a gente vem tentando desde o mês de outubro de 2015 e a gente ainda está tentando que a família faça uma adesão ao tratamento, que não conseguimos ainda. Foram inseridas medicações que a família não conseguiu dar conta de oferecer, o pai se coloca de maneira à margem, ele não se compromete com ela, ele diz que provê alguma coisa, mas afastado e a gente não sabe se é verdade ou não, a mãe, apresenta algumas elaborações de pensamento que a gente percebe que ela não está organizada mentalmente, então a gente não conseguiu ainda que ela entenda a necessidade de vir ao CAPS e que ela entenda a administração da medicação (...) Todas as vezes que eu pedi pra mãe ir à escola avisar, ir a UBS, dar medicação, a mãe repete, diz que entende, mas não faz. Então, ela estava com uma infecção importante no ouvido na sexta e hoje já não veio e a gente fica assim, tem que ligar pra mãe de novo, porque não veio e ela diz que não deu (...) A gente explica ela fica com dúvidas e não faz (...) Sujeito 4 - O ideal seria um contato mais próximo, mas a impressão que dá é que é tipo sabonete, escapa. A mãe é muito destrambelhada, muito assim, enfim, a gente vai tentando cercar. Sujeito 4 - porque a gente fica preocupados com todas essas questões que colocamos e aumenta a preocupação porque a mãe deixa ela muito solta" (GF – CAPSi 2 - 1o encontro).

6.3.2. AS MÃES: CUIDAM OU ENLOUQUECEM?

Há uma tendência a culpar a família de forma geral, em especial a mãe, pelas dificuldades na condução do tratamento e assim, o profissional se isenta de suas responsabilidades.

“Acho que é tão fácil, é só a gente se sentir impotente em relação ao caso que rapidamente culpamos as mães, eu acho que é comum (Entrevista - S27-homem).

(...) eu respeito muito, acho que é uma condição muito difícil, muito dura, eu me oponho muito a um movimento que eu noto na saúde mental em geral que a mãe é a culpada, sabe, que eu acho que é um resíduo complicado dos anos 60/70, eu acho muito complicado, me oponho bastante a isso, então, eu tento ter um vínculo bom com a mãe, eu tento compensar dessa forma, olha, eu não consigo te ajudar nisso, mas estar um pouco perto, ouvir, deixar chorar, acolher, entendeu? E é isso, eu acho que assim” (Entrevista- S27 – homem).

É unânime a opinião, entre diversos profissionais, que a mãe é quem cuida quando a criança ou adolescente tem problemas de saúde mental; que a mãe que acompanha os filhos nos CAPSi. Por outro lado, não deixam de assinalar que o pai é ausente na maior parte dos casos:

"Eu acho que as mães ficam muito sobrecarregas, aqui no CAPS tem muita história de abandono, de pai que abandonou a família, também tem muita história de mãe que cada filho é de um pai, isso é muito comum e as mães geralmente são as que cuidam. Então, acho que são poucos os pais que participam, pouquíssimos mesmo" (Entrevista - S9.1 - mulher).

"Em geral são as mães e tem uma diferença no cuidado, tem algumas crianças que elas ficam até mais soltas, mais felizes quando estão com os pais, mas quando estão com as mães eles chegam mais arrumadinhos (...) é raro, a cada 100 crianças eu tenho 1 pai" (Entrevista - S14 - mulher).

"A gente tem uma experiência bem enviesada aqui no CAPS, a nossa regra são pais que não existem e mães muito presentes" (Entrevista - S27 - homem).

"A mãe é mais presente, não que o pai não apareça, aparece, mas a mãe é mais presente. A mãe é mais devotada ao filho, desde sempre (...) e muitos a gente nem conhece o pai, a mãe que traz, o pai quando a gente solicita não pode vir. Na relação acaba sendo, na maioria das vezes a mãe aquela que tá junto não tem tanto limite e o pai que trás a regra ou impõe respeito ou que coloca medo (...) na maioria dos casos é tudo nas costas da mãe e aí fica assim, né, a mãe às vezes não dá conta, porque não tem só esse, ele tem mais filhos, às vezes tem outros filhos com transtorno mental, às vezes os que não tem transtorno requer uma atenção da mãe, que ela não consegue dar, porque ela acaba se pondo mais pro outro e o pai às vezes não aparece nessa história e aí fica por isso mesmo" (Entrevista - S22 - homem).

"Há uma preocupação maior das mães e uma negação e afastamento maior desse cuidado, dessa preocupação da figura masculina, inclusive, muitas vezes há essa queixa direta, de que o pai não entende, nega, acha que a psicoterapia ou o medicamento é besteira, então, existe ainda isso" (Entrevista – S17.1- homem).

Outra realidade relatada pelos profissionais é sobre o abandono paterno, tanto nos casos que o casamento acaba e o pai não se responsabiliza pelo filho, como em casos que ao descobrir que o filho tem algum problema, o pai abandona tanto a mãe como a criança:

"Sim, muitos casamentos que se romperam pela questão da criança ter problemas, muitos parceiros que abandonaram as parceiras, ou que não existem, que nunca vem ao CAPS, isso é muito comum aqui. Tem poucas experiências, eu conto no dedo de pais que capitaneiam o tratamento, ou mesmo poucas experiências que tem um equilíbrio, que o casal está junto naquilo" (Entrevista - S27 - homem).

"Sim, em geral sim, muitas vezes os pais são ausentes, na verdade, muitas questões que temos aqui é de separação dos pais, claro que o problema não é dos pais, mas os pais quando se separam eles se sentem livres da família, normalmente a criança fica com a mãe, é o caso de muitos transtornos aqui e quando a família está unida e os problemas são outros, o pai sempre é mais distante, ainda é assim" (Entrevista - S1.2 - homem).

Diversos profissionais de ambos os sexos relatam que o cuidado materno é diferente do paterno, é interessante observar que profissionais do sexo feminino enfatizam o cuidado materno, mais zeloso e devoto, como superior ao paterno e os profissionais do sexo masculino tendem a destacar os cuidados maternos como excessivos e nem tão positivos:

"A mãe é mais amorosa, mais doce, às vezes menos rígida, tentam entender mais o que colocamos, mais protetora, está mais junto" (Entrevista - S18.1-mulher).

"Cuida, eu acho que mãe, mãe é eterno, tem toda aquela coisa de acolher, de dar carinho, realmente a mãe é sempre mais presente que o pai em todas as situações, seja na doença, na parte da educação, né" (Entrevista - S13.1-mulher).

"Sim, é... proteção extrema, cuidado extremo, cansaço, de doação, dedicam o dia a isso, a vida, deixam de trabalhar, deixam de ter uma vida profissional, delegam ao marido e elas ficam muito sozinhas, muito solitárias" (Entrevista - S19 - mulher).

"Quando é o pai eu vejo que é um pouco mais tranquilo, mais desencanado, não deixa de ser amoroso, por exemplo, eu tenho um paciente bem grave e é super complicado, ele é bem grave, tem uma deficiência intelectual bem grave, ele não fala, é um garoto sem potencial nenhum e ele morou muito tempo com a mãe e uma vez a mãe teve de uma de Medéia, ela pegou, deu remédio pra ele e abriram B.O contra ela e foi toda uma situação e aí ele ficou com o pai e o pai assumiu o cuidado, o pai estava solteiro há muito tempo, nem estava tão presente na vida do moleque, a gente imaginou que ia ser uma perturbação, que o pai não ia aceitar, ia rejeitá-lo, e, foi impressionante como ele é tranquilo e diferente o padrão da consulta, pra ela era sempre muito difícil, tinha uma carga muito pesada e pra ele não, é tranquilo, ele sabe o que o filho tem, ele não nega o que o filho tem, o garoto não anula ele e existia uma capacidade de anular a mãe e ele não anula o pai, não sei o que tem de diferente (...) Estou falando de um caso pra você, mas eu acho que os homens tentem a ser menos ansiosos no cuidado das crianças" (Entrevista - S27 - homem).

"Então, a mãe ela corre atrás, ela busca, às vezes até demais, precisa até dar um freio, colocar essa mãe em um grupo de família e até fazer um encaminhamento pra ela, porque está demais esse convívio, mas a mãe, sem dúvida nenhuma ela aparece mais, ela se doa mais (...) a mãe está mais próxima, então ela estimula mais, até mesmo de forma negativa, ela estimula mais, o pai é mais a noite e quando está junto não tem tanta paciência e aí não traz tanto pra criança, claro, eu não posso generalizar, pelo que a gente percebe" (Entrevista - S22 - homem).

"As mães têm uma atenção diferenciada do que se fosse com os pais, sim, as mães sempre buscam ser muito mais protetoras que os pais, né? E isso, em determinado momento acaba atrapalhando no direcionamento de saúde da criança, então, as mães sempre vão, nos casos que eu já atendi pelo menos, ela sempre protege mais que o pai, protege mais da vida, das angústias, do sofrimento e isso acaba prejudicando muito às vezes o tratamento, a intervenção e o filho crescer" (Entrevista - S1 - homem).

Além dessa conotação negativa por parte dos profissionais do sexo masculino em relação aos cuidados da mãe, a relação do usuário com a mãe é vista por profissionais de ambos os sexos como um importante fator que leva ao adoecimento psíquico, principalmente no caso de crianças e adolescentes do sexo masculino:

"É muito mais menino, agora o porquê... Acho que tem as suas respostas, mas eu não fui muito atrás, acho que uma delas é a questão das relações como elas vão se dando com um cuidador, geralmente o primeiro cuidador é a figura feminina, não sei se passa muito por aí. Do menino, essa questão não sei, tadinhos, porque viram coisas depois, eles ficam no lugar de objeto, mas (...) mas é muito comum você ouvir das mães que elas queriam um companheiro, por isso elas engravidaram, ou por isso que adotaram. Eu - Das mães de menino? Isso, como se algo fosse tamponar alguma falta que não é tamponável e isso se vê bastante, das mães que não toleram a ausência de forma alguma (...) era ela e o menino, como se só existisse ela e o menino, pra ela o menino supria absolutamente tudo, era assim que ela colocava, tanto que não tinha demanda, não tinha queixa, não tinha nada, muito doído assim, e acho que alguns outros casos também, muito parecidos" (Entrevista- S14 - mulher).

"Sujeito 1- Mas ele tem uma questão de adoecimento vindo da mãe, da figura feminina (...) Então, a questão de gênero está relacionada a esse colar com a figura materna" (GF – CAPSi 2 - 1o encontro).

"Sujeito 6 - Tudo que o usuário X não fala a mãe fala. Sujeito 5 - Mas ela tem uma visão completamente cindida do que é o X, porque entre um profeta e um menino adolescente que está com questões. Sujeito 3 - Ela tem que privar e proteger ele de todas as coisas que são comuns no ser humano, porque ele é diferente. Sujeito 5 - Parece uma coisa de uma loucura a dois. Sujeito 2 - A proposta é essa, mas a mãe não deixa e eu fico muito presa. Sujeito 1 - Acho que ele melhorou muito, mas acho que foi porque a mãe melhorou bastante" (GF – CAPSi 1 - 1o encontro).

"Eu - Então, pelo que pude perceber a questão fundamental que trouxe o usuário X aqui é a mãe, né? Vocês observam essa relação frequentemente aqui no CAPSi, essa relação mãe com filho homem? Porque eu tenho observado a partir do que vocês vêm relatando que a relação da mãe com o filho é mais enlouquecedora que a relação da mãe com a filha, é uma verdade isso? Sujeito 2- Acho que podemos pensar isso que a quantidade de meninos é maior que de meninas e podemos pensar na dificuldade de separação da mãe, nós temos 75% de meninos. Tanto que pensando no diagnóstico, pensando em CAPS, o indicativo de autismo de meninos é bem maior que de meninas. Temos até grupos de trabalho de separação para a mãe conseguir ver o filho além dela, como continuidade dela. Que às vezes eles não conseguem fazer nada por causa das próprias mães. Autonomia eles não conseguem porque a mãe faz tudo, põem o chinelo, blusa, comida (...) Sujeito 3 - Isso que eu acho,

que enquanto não cuidar da mãe o x não melhora (...) Sujeito 5 - Eu acho ela uma mãe enlouquecedora, passei meia hora com essa mulher e meu dia acabou" (GF – CAPSi 1 - 2o encontro).

"Sujeito 1 - Mas ele tem uma questão de adoecimento vindo da mãe, da figura feminina. Sujeito 3 - Porque o pai consegue dar uns contornos. Sujeito 1 - Então, no caso do Y a questão de gênero está relacionada a esse colar com a figura materna" (GF - CAPSi 2 - 1o encontro).

Os profissionais indicam também que as mães acabam deixando de lado sua vida profissional para se dedicar aos filhos quando eles têm algum problema, sendo que os pais não têm essa atitude e mesmo quando as mães são responsáveis pela renda são elas as responsáveis pelos cuidados dos filhos:

"Sim, há uma tendência que a mãe fique mais com a criança ou jovem, uma tendência que se tem que fazer uma opção geralmente o pai que vai sair, porque principalmente a criança autista é uma criança que requer dedicação exclusiva praticamente, então, a mãe passa a ser profissional do filho. Principalmente nos meios que elas não têm condições de pagar, tem a escolinha que vai ficar com a criança, mas tem mães, a gente vê mães aqui que viram, quando o autismo é grave, quando a criança tem dificuldades grandes de independência, as mães viram, assumem uma tarefa que eu vou dizer que não é fácil não. Então, existe uma diferença nesse sentido. O pai também participa, sim, mas normalmente é o pai que muda menos a sua rotina, porque ele continua envolvido com o trabalho e a mãe tende a deixar sua atividade profissional para ficar com o filho" (Entrevista - S 18 - homem).

"Homem não consegue dar conta de 2/3 coisas, a mulher consegue dar conta de 10, Deus deu esse dom para nós e sabia que a gente ia trabalhar de mais e homem não, na maioria do tempo é a mulher que dá conta das coisas" (Entrevista – S18.1- mulher).

"Eu acho que assim, ainda é o foco da mulher dentro de casa, mesmo quando ela trabalha ela tem a obrigação da casa, de cuidar dos filhos e esses afazeres mais domésticos" (Entrevista - S17.1- homem).

Essa percepção dos profissionais coincide com MUYLAERT et al (2015) que mostraram que a distribuição dos cuidados familiares voltados às crianças e adolescentes, usuários de CAPS, em intenso e/ou contínuo sofrimento psíquico, é bastante desigual, cabendo às figuras femininas tais encargos. Os autores observam ainda que a distribuição sexual de cuidados não corresponde inteiramente à tradicional divisão de trabalho, de acordo com a qual caberia às mulheres a responsabilidade doméstica, e aos homens, o trabalho fora de casa e a provisão de

bens materiais. Assim, quando são as mulheres as responsáveis pela manutenção material da família, sejam elas mães ou avós, elas também o são pelo cuidado em relação às crianças e adolescentes usuários de CAPSi. Quando o pai não desempenha função de manutenção, ele também não participa significativamente do cuidado a(o) filho(a).

Assim, a tendência da mulher de ir para o mercado de trabalho não é acompanhada pela tendência do homem de cuidar da vida doméstica, de forma que as mulheres ficam sobrecarregadas. Isso pode se dar pela própria mulher se responsabilizar pelo cuidado das crianças e não deixar o pai cuidar por diversas razões, como não acreditar que o pai é capaz de cuidar, conforme o relato:

"Na verdade, do mesmo jeito que existem os homens machistas, existem as mulheres machistas também, elas não aceitam nem acreditam que o homem vai conseguir cuidar do filho, porque, do filho, dentro da normalidade segundo as teorias e a gente mesmo, esse comportamento de pessoas normais as mães acham que o pai não consegue cuidar e quando é uma mulher ela acha que ela consegue, porque ela é a mãe e a mãe que sabe, por isso que a gente tem babás, não tem homens babás é difícil, apesar que na Espanha tem bastante, mas a gente não tem muito, na escola só tem professora, é difícil ver um professor no ensino fundamental 1, pré, eu nunca vi, na verdade professor da pré-escola, você vê no ensino médio. Professor muito assim, ele consegue impor limites e a mulher não consegue... aqui a gente ouve muito assim, a mãe diz eu cuido, na hora que é pra poder brigar porque está fazendo muita bagunça eu chamo o pai dele, então, é muito dividido, o pai serve pra brigar, porque ele trabalhou, pagou as contas então, ele manda e a mãe fica como uma empregada, ela fica como uma babá mesmo, então, ela que cuida, ela que dá o apoio, leva e traz, o que tem a ver com a cultura!" (Entrevista - S3.1 - homem).

Outro aspecto importante que os profissionais mencionaram é o fato de haver muitas mães que também sofrem de transtornos mentais e cuidam sozinhas de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e muitas vezes são cobradas por esses cuidados:

"Sujeito 2 - Acho que o caso da usuária A me faz pensar que tem algo em comum com outros casos que a gente atende aqui, são situações de pessoas que a gente acompanha, sejam meninos ou meninas que residem com mulheres, que não estão saudáveis, as mulheres requerem cuidados, não dão conta de cuidar nem delas e tem que dar conta de cuidar desses filhos, o quanto isso é muito presente nesse CAPSi, tem diversos casos que

caminham nessa linha que tem uma dificuldade de um acompanhamento mais focado, adequado, presente assíduo, elas entendem a responsabilidade de ter esses filhos, eu pari, preciso cuidar, mas não consigo dar conta e fica muito presente isso, e os pais se desresponsabilizam, e elas vão assumindo e adoecem cada vez mais (...) Sujeito 1 - A casa é muito suja, as panelas sujas, uma bagunça. Sujeito 3 - Mas a questão do feminino está posta no cuidado, o pai enquanto homem acha que não tem que fazer mais nada além" (GF – CAPSi 2 - 1o encontro).

"Sujeito 1 - Uma vez eu fui buscá-la e não a encontrei, porque a mãe não sabia onde ela estava, fui procurar pela rua e nada, e eu fiquei com uma sensação muito ruim, eu não a encontrei e a mãe não estava preocupada" (GF - CAPSi 2 - 1o encontro).

"Sujeito 4 - A mãe se dá conta de que não consegue fazer os afazeres domésticos, cuidar de sí, estar bonita, cuidar das crianças, da casa, da limpeza, das roupas e eu fiquei pensando, tem essas cobranças e até a gente faz essas cobranças pra eles. E ela mostra que esse feminino não está dando conta de tantas cobranças, tem que amar, cuidar, estar bonita, a casa brilhante e o pai só cobrando. Então, não só para esse caso, em vários e até em nossa história se formos pensar um pouco, das heranças familiares fica muito forte e dependendo do local de origem da família isso fica mais forte ainda, no norte, nordeste, Minas" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

Conforme relatado, os profissionais de CAPSi tem expectativas em relação às mães dos usuários que correspondem ao que é atribuído socialmente ao papel de mãe e de mulher e que corresponde às palavras que mais aparecem na análise de evocações diante do termo indutor: "cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" (QUADRO 1): "acolhimento", "cuidado", "maternagem" (centralidade); "amor", "atenção", "carinho" (1a periferia); "afeto", "compreensão", "dedicação", "higiene" (no sentido de cuidado pessoal, aparência), "sensibilidade", "acolhimento" (2a periferia) e "escuta" (zona de contraste).

No entanto, essas mães, muitas vezes, não conseguem cumprir esse papel. Nesse sentido, no fim de um dos grupos focais houve um momento muito interessante de conscientização dos profissionais que se perceberam reforçando esse lugar da mãe ou da mulher responsável por todos os cuidados dos usuários, mesmo quando elas próprias estão adoecidas e precisando de cuidados. Junto a isso aparece uma tentativa dos profissionais de incluir o pai no processo de cuidado:

"Sujeito 2 - E pensei que a gente enquanto equipe técnica também reforça um pouco esse tipo de modelo, porque assim, pensando em nossas falas, quantas vezes não dizemos, também, a mãe não cuida, não está boa, quantas vezes em nossas reuniões colocamos: a culpa é daquela mãe que não resolve e a gente coloca muito tudo nessa figura e não enxerga esse entorno que essa figura está inserida e não consegue pensar amplamente, então, acho que também como equipe a gente reforça esse tipo de fala. Sujeito 6 - Mas também, porque a mãe que responde, com todas as dificuldades ela que responde nossos chamados, essa mãe, mesmo doidona como está ela que vem aqui. Sujeito 3 - eu acho que estamos trazendo a questão do pai e talvez tivéssemos que pensar alguma coisa para abordar esse pai, porque a gente está potencializando tudo na mulher novamente, mas ele fica de fora novamente e precisamos pensar" (GF – CAPSi 2 - 1o encontro).

6.3.3. INFLUÊNCIAS DE GÊNERO NA RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE CAPSI E FAMILIARES

O olhar que os profissionais têm a respeito do papel da mãe e do pai são atravessados por estereótipos de gênero que coincidem com os papéis sociais usuais do homem e da mulher, o que é bem ilustrado a partir dos resultados obtidos na análise de evocações em que as palavras que aparecem na centralidade, ou seja, que representam o instituído, diante do termo indutor: "cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" (QUADRO 1) foram: "acolhimento", "cuidado" e "maternagem". E diante do termo indutor: "cuidados masculinos de crianças e adolescentes com transtornos mentais" foram: "limite", "regra" e "respeito".

Por outro lado, observa-se uma tendência dos pais e mães de usuários a verem os profissionais com um viés de gênero, por exemplo, profissionais mulheres relatam casos de desrespeito em relação aos familiares homens ligado à sedução,

bem como menosprezo do saber delas, como se pelo fato de serem mulheres não tivessem credibilidade, enquanto vêem o masculino como digno de respeito:

"Sujeito 4 - A relação desse pai conosco é diferenciada, então, assim, quando ele percebe que são mulheres atendendo ele se coloca de um jeito mais sedutor. Às vezes eu tenho a sensação de que ele não confia no que a gente fala porque a gente é mulher. Ele não respeita nossa posição como terapeuta. Eu - E os homens ele respeita? Sujeito 1 - Acho que isso a gente nunca pensou. Sujeito 4 - Então, lá no conselho tutelar ele está cercado de mulheres. Isso me ocorreu agora pra gente pensar, então, todo cuidado em volta da usuária A são figuras femininas e me faz pensar um pouco como ele olha essa relação, como ele nos enxerga, porque ele não confia em figuras femininas. Então, ele fica olhando com um deboche. Sujeito 1 - Tiveram dois dias que ele ficou nervoso comigo, e acho que eu desperto isso nas pessoas porque eu falo grosso, mas eu disse: você vai agora buscar sua filha no conselho tutelar e esse dia a fisionomia dele mudou, até esse dia, ele nunca levou a gente a sério mesmo, até o conselho entrar, mas era muito ar de deboche (...) quando o conselho tutelar entrou, eu conversei várias vezes e uma vez ele não veio buscar e eu encaminhei pro conselho e eu percebi que ele ficou meio pálido, ele achou que ali ele ia passar por um crivo mais, tipo polícia e de um homem, porque esse crivo mais de lei geralmente é mais ligado ao masculino, né? Ele vê muitas mulheres no cuidado dessa menina e ele não vê crédito nesse cuidado. Do conselho tutelar pra cá ele está menos, mas ele está aparecendo menos aqui, eu ia dizer que ele está menos resistente, mas não sei (GF CAPSi 2 - 1o encontro).

Portanto, sabe-se que diante de questões tão complexas que são os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a necessidade de tratar os familiares é evidente, o que é um consenso dentre os profissionais de CAPSi. Os familiares precisam não só de amparo como de orientação para adquirirem conhecimento para lidar com os filhos de forma a atenuar o sofrimento de ambas as partes e trabalhar na mesma direção dos profissionais, somando esforços.

Entretanto, os profissionais não estão aptos a oferecer o que os familiares necessitam. Isso fica explícito quando um profissional relata que fez uma experiência e atendeu um familiar junto com o usuário e obteve um resultado bastante positivo, essa prática já poderia ter sido testada e utilizada, afinal os CAPSi funcionam desde do ano de 2002. O que se torna evidente, mesmo no âmbito desses casos de sucesso, é a ausência de adoção de um modelo teórico efetivo capaz de dar direção e sentido ao cuidado oferecido nos CAPSi que envolvam

familiares e possam, desta feita, orientar e instrumentalizar a ação dos profissionais. Sendo que é muito importante o familiar poder aprender com o profissional outras formas de lidar com seu filho para que ele possa criar novos repertórios e repensar a maneira como o faz.

Assim, o problema que emerge neste cenário é um possível sintoma ou analisador do funcionamento institucional dos CAPSi. Há, de fato, diversos modelos teóricos da psicologia, da psicossociologia e da saúde mental coletiva que são capazes de contemplar a constelação familiar no âmbito da saúde mental. Sabe-se, por exemplo, que o treinamento de pais para lidar com crianças com problemas de saúde mental é utilizado em terapias cognitivas comportamentais, sabe-se igualmente que a teoria psicanalítica apresenta diversas abordagens que contemplam o trabalho familiar, por outro lado ainda, diferentes teorias, de base linguística ou antropológica, apontam a importância e a relevância da família tanto na gênese como no cuidado dos problemas de saúde mental apresentados por crianças e adolescentes.

A questão de fundo não residiria, então, no fato de que tal ou tal teoria seria mais ou menos adequada (os CAPSi investigados parecem tender a seguir a teoria psicanalítica) para uma abordagem que incluiria de maneira eficiente a família. Mas sim, por que, a despeito da existência de um cabedal de teorias e modelos inclusivos, não há uso nos CAPSi de uma orientação de cuidado inclusiva da família em termos sistemáticos, concretos e operacionais?

Fica evidente, por outro lado, que, a despeito das teorias ou das tentativas individuais assistemáticas, não se pode ignorar a importância da cultura de gênero na definição dos papéis atribuídos aos pais. Mas, apesar desse cenário conservador apresentado em relação aos papéis e ao valor de homens e mulheres, tanto profissionais como familiares, há alguns exemplos de possíveis mudanças culturais que vem ocorrendo:

"Eu acho que sim, elas cuidam diferente, mas também há pais que surpreendem, acho que tem também exceção a regra, tem casos aqui que até

troca, sabe, tem um caso que eu acompanho que o pai faz a função da mãe que fica em casa" (Entrevista - S3 - mulher).

"O pai ainda tem aquela história de ser o provedor, se bem que a gente tem um caso em Santana que o pai larga o emprego para cuidar dos filhos e a mãe vai trabalhar, gozado, né, isso não é comum, mas na maioria dos casos não, o pai até participa, mas a maioria não, a gente fica sabendo" (Entrevista - S22 - homem).

"Tem mudado bastante, mas não posso dizer que chegou no parâmetro de igualdade, então, o pai é um pouco mais ausente" (Entrevista - S1.2 - homem).

"De alguma forma, mas tem homens, enfim, acho que isso está mudando um pouco, tá mudando, sabe de você ver homens cuidando, homens cozinhando, isso é possível agora, é possível, mas a gente também estranha quando a gente vê. Não acredito, você cozinha, tem um profissional aqui que você não tem noção, ele é um expert na cozinha, pinta a parede, tem uma paciência com criança, mas daí quando você vai ver o filho é mais apegado a ele que à mãe e como essas coisas vão se dando, mas é muito potente e você até estranha, de fazer bolo de aniversário, comemorar, eu gosto dessa palavra, delicadeza, sabe, que não é muito comum" (Entrevista - S 14 - mulher).

"A influência do gênero, acho que até pelo meu trabalho, pra não sofrer, não sei o que é, acho que a gente é muito surpreendido, a questão do gênero é uma referência, a gente tem expectativas, a gente espera uma mulher mais sensível, mais frágil, um homem mais duro, mas às vezes na prática, no dia a dia, tem colegas de trabalho que a gente espera homem que ele seja firme e não é assim o jeito dele, é até difícil pra ele ser duro, grosso, não grosso, mas ser mais firme. Então, vamos falar pro fulano fazer tal coisa, porque é homem e quando vamos ver não era assim que a gente esperava. Então, acho que não é uma coisa que é importante a gente considerar, mas a gente pode ser surpreendida, né. Pode ser uma mulher muito dura, parece um homem. Um homem muito, é continente, muito cuidadoso, né, nossa, mas é homem, são as surpresas que a gente vai encontrando" (Entrevista - S3 - mulher).

Os relatos sugerem que os profissionais, seja no âmbito familiar ou entre eles, ao observarem algum comportamento ou atitude não condizente com os papéis tradicionalmente atribuídos aos sexos manifestam estranheza ou surpresa. Nos dados apresentados na análise de evocações, diante do termo indutor: "cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais", na zona de contraste aparece apenas a palavra "escuta". E diante do termo indutor "cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" aparecem as palavras: "cuidado", "dedicação", "escuta" e "figura masculina diferenciada". Na zona de contraste

encontram-se palavras que foram citadas por um pequeno grupo de profissionais, mas em posições importantes, o que significa que traz à tona o instituinte, ou seja, algo que está surgindo, se transformando.

Pode-se pensar assim, que o cuidado feminino está mais arraigado que o masculino, ou seja, não há novidades nesse cuidado, não algo novo emergindo nesse campo. Enquanto o cuidado masculino pode estar passando por um processo de transformação, pode ser que o cuidado feminino seja mais naturalizado, hegemônico, é como se fosse uma regra ou uma convenção social de que o cuidado está destinado às mulheres que sabem como o fazer. Enquanto o cuidado masculino é algo que está se constituindo, não se sabe muito bem como fazer.

Dessa forma, a possibilidade de profissionais homens cuidarem de crianças e adolescente em sofrimento e a construção da forma como esse cuidado se dá pode ser um interessante aspecto de transformação no que se refere às relações de gênero no campo da saúde mental infantojuvenil.

Portanto, a forma como os profissionais olham e tratam os familiares dos usuários de CAPSi reforçam papéis sociais alocados aos homens e às mulheres respectivamente. No entanto, os profissionais vêem como uma possibilidade positiva e saudável o contato maior com os pais e certo afastamento das mães, indicando assim, algumas tentativas de mudar esse padrão de comportamento que responsabiliza unicamente as mães pelos cuidados dos filhos. Essa aproximação dos pais poderia ser uma possibilidade de mudança e, portanto, uma possibilidade de movimento que poderia ser saudável a todos os envolvidos.

6.4. A COMPREENSÃO QUE OS PROFISSIONAIS DE CAPSi TEM SOBRE O CONCEITO DE GÊNERO

6.4.1. O QUE É GÊNERO?

No início do primeiro encontro dos grupos focais nos dois CAPSi solicitou-se aos participantes que realizassem uma discussão de caso em que houvesse alguma questão de gênero envolvida e os profissionais não compreenderam o que isso queria dizer, revelando-se o desconhecimento ou pouco conhecimento a respeito do tema.

"Você pode ser mais explícita sobre o que é uma questão de gênero, o que você espera pra essa discussão? (...) Então, eu ainda não entendi o que seria uma questão de gênero" (CAPSi 2 - 1o encontro).

"Sujeito 4 - Mas como assim questão de gênero, acho que está um pouco confuso (...) Sujeito 5 - Eu acho que todos os casos têm algum atravessamento de gênero de algum jeito. Não me chama atenção nenhum caso que tenha um conflito declarado, trazido pela própria pessoa" (CAPSi 1 - 1o encontro).

Constata-se de imediato que a noção de gênero é relativamente nova e complexa e não apropriada com clareza pelos profissionais dos CAPSi. Tal situação não seria de se surpreender, haja vista que, no próprio âmbito acadêmico, a discussão ampliada da problemática do gênero é relativamente recente.

Mesmo neste âmbito permanece isolada a domínios relativamente restritos. Assim, discussões tais como a contida na proposta de BUTLER (2003), uma importante feminista, relativas à necessidade de superação do modelo binário epositor das categorias mulher e homem, ainda não tem plena circulação no âmbito acadêmico. Segundo a autora, as possibilidades e variabilidades de gênero seriam

infinitas, o que a conduz a questionar a própria ideia de uma unidade identitária feminina. Em sua teoria, BUTTLER (2003) indica que gênero é uma imitação que persiste ao longo do tempo, de modo que passa a ser vista como natural do corpo uma vez que somos condicionados desde antes do nascimento a classificar e esperar determinados comportamentos de pessoas do sexo masculino e feminino.

Especificamente, toda essa discussão sobre o conceito de gênero é recente e está longe de ter sido assimilada pelos profissionais de CAPSi. Uma vez que confundem constantemente problemas sexuais e questões de gênero, o que pode ser notado quando relatam situações que envolvem uma sexualidade inadequada ou exagerada ao citarem casos que dizem respeito às questões de gênero.

"Sujeito 1 - Certa vez ele estava no ônibus e se engraçou com um rapaz e desceram pro bosque e dentro do bosque estava tudo fechado de árvores e ele não se ligou que tinha a ronda da guarda civil e ele se embrenhou para dentro do mato e estava lá em alguma situação os dois e a guarda chegou e pegou e o levou para a delegacia, chamou pai, mãe, no caso o padrasto e até esclarecer. Então, ele se colocava muito em risco, qualquer um que olhava pra ele, ele sorria e ia embora, embarcava naquela (...) Sujeito 2 - Ele fala que colocou uma vez chocolate na bunda e gostou"(CAPSi 1 - 1o encontro).

"Sujeito 5 - A questão é que ele é um menino que tem uma sexualidade aflorada. Eu acho que é porque isso tá bem enraizado com ele, né! (...) Eu acho que algumas questões, por exemplo, ele tá querendo alguma coisa a mais com uma garota ele já vai muito afoito, desesperado. Sujeito 5 - Mas ele é um menino de 15 anos com os hormônios bombando, né! Sujeito 6- Temos que considerar isso também, mas eu acho que essa questão sexual está muito enraizada na família. Eu - Mas, por que vocês pensaram nesse menino quando falamos de questões de gênero? Por que ele é muito sexualizado? Sujeito 6 - O usuário W foi um dos primeiros casos que eu acompanhei, ele era muito atirado, partia pra cima, encarava, olhava e queria pegar, depois eu comecei a entender melhor o caso dele, mas foi um caso que no início me incomodou bastante, essa questão da sexualidade dele. Sujeito 3 - Tudo que ele te perguntava era relacionado a sexualidade, não era nada de outra curiosidade (...) Sujeito 5 - ele ejaculava e ia mostrar pra galera? Sujeito 2 - É, pra profissional L, que era referência dele e pra quem ele encontrasse (...) Sujeito 2 - Provocava pessoas na rua, dizia que tinha desejos, vontades, nos atos sexuais, mesmo sem envolver o outro, com cabo de vassoura, ele já tinha experiências com ele mesmo, ia testando até onde aguentava, com 15 anos começou com isso e começou a direcionar os conflitos sexuais e foi gerando problemas com o padrasto, com a avó e a mãe chegou a se separar por causa dele. Que ele foi molestar o padrasto. A avó o acolhia apesar de não aceitar a opção sexual dele (...) Eu - É uma questão do exagero, né, não

do sexo. Sujeito 5 - *Estou pensando como a questão da sexualidade exacerbada chama atenção geral*" (CAPSi 1 - 2o encontro).

"A questão é que ele está sexualizado, então pelo histórico da família dele a gente resolveu dar prioridade pra homem atender, porque tem a mãe que é profissional do sexo. Sujeito 5 - Acho que tem um impacto, não sei, é a minha percepção, pela mãe ser profissional do sexo isso sempre entra na apresentação do caso. Coisa que não aparece nos outros acolhimentos não aparece a mãe é profissional sei lá do que, mas por ser profissional do sexo ganha uma relevância, tem um impacto na equipe, não sei (...) Ela fala que tem que rodar a bolsinha pra conseguir 3 reais, independente de quem estiver próximo, na frente de todo mundo (...) O buling, né que ele sofreu na escola porque os outros colegas falavam que iam sair com a mãe dele, que já saíram com a mãe dele. Então é diferente tipo, sua mãe trabalha na padaria e vou comprar pão com ela ou sua mãe é prostituta e vou sair com ela, né? Pelo menos no Brasil a gente não é tão evoluído a esse ponto, né, quanto a isso" (CAPSi 1 - 1o encontro).

"A exacerbação de alguma coisa que tem a ver com gênero, quer dizer, com um adolescente que está com a sexualidade muito alterada, elevada e pode parecer um sintoma, isso, aí a gente acaba pensando a questão dos gêneros" (Entrevista - 23.1 - mulher).

Os profissionais relacionam casos que envolvem questões de gênero com problemas sexuais, ou seja, gênero está associado à patologia. De certa forma, pode-se dizer que questões sexuais e de identidade sexual estão relacionadas ao gênero, mas essa conotação patológica foi socialmente construída e reverbera até hoje.

Os profissionais também se referem ao gênero com questões relacionadas à auto-imagem corporal alterada ou se ver como o sexo oposto, às relações homossexuais ou ainda conflitos religiosos devido aos desejos homossexuais:

"Sujeito 3 - Do corpo dele que ele se via como menina. Eu era nova quando estava o caso, mas teve um caso que ele procura moradores de rua e queria ter relações sexuais para poder se descobrir. Sujeito 4 - Eu pensei nele na hora, acho que é a questão da identidade para ele, esse conflito era muito marcante para todos. 5 - Eu não sei, mas a minha leitura é uma coisa de uma homossexualidade por conta de uma não possibilidade de diferença" (CAPSi 1 - 1o encontro).

"Sujeito 3 - Ele se prostituía mesmo, de graça, o padrasto acordava com ele lá com a boca na botija e ele depilava a sobrancelha, as pernas" (CAPSi 1 - 2o encontro).

"Sujeito 7 - As poucas vezes que fiquei com W ele sempre perguntava coisas pedindo a aprovação do outro, ele sempre dizia: "nossa, como pode dois homens se amarem? é possível? Fazia esses questionamentos para a gente validar. Ele dizia: ai credo, eu acho isso o fim, não aceito e queria que a gente dissesse que é normal. E eu dizia: mas porque você está perguntando, acho que todos temos liberdade de escolha. E ele sempre vinha com esse discurso ele colocava as coisas que ele via, que ele tinha desejo, ele colocava no outro para perguntar se era certo, se era possível, se era legal, ele sempre colocava como se ele tivesse receio, não gostasse, mas ele sempre queria que o outro dissesse pra ele se era legal ou não"(CAPSi 1 - 2o encontro).

"Sujeito 3 - Mas, perpassa a questão religiosa, do pecado, da sexualidade" (CAPSi 2 - 1o encontro).

" Sujeito 2 - Tinha uma questão religiosa que afetava. Tinha um conflito com a pessoa dele e também com a religião, ele trazia muito se era pecado, se ele podia fazer aquilo, se ele ia para o inferno" (CAPSi 2 - 1o encontro).

"Sujeito 3 - Ele trazia muito a questão religiosa, porque a avó dele é religiosa, evangélica e ele falava: será que é verdade isso que o homem com homem vai pro inferno?" (CAPSi 2 - 2o encontro).

Pode-se notar que os casos relatados são sempre relacionados aos conflitos com o próprio desejo ou a usuários desajustados sexualmente em relação a determinadas normas.

De acordo com COSTA (1995) para viver em comunidade e assumir a responsabilidade por nossas ações é necessário a noção de "eu" com uma história diferente de qualquer outro, ou seja, face aos objetivos práticos da vida temos o "sentimento de eu", de identidade individual e o equipamento cultural ou a linguagem cria artefatos de fixação de identidade como o "eu". No entanto, essas fixações são sempre provisórias. Para COSTA (1995), na psicanálise, o sujeito não é uma unidade, somos capazes de ter vários "eus", nenhum mais verdadeiro que outro, nenhum é a verdadeira essência/substância do sujeito. Apesar de na língua comum o sujeito ser visto como indivíduo ou se acreditar haver um sujeito verdadeiro a conhecermos ao progredir o autoconhecimento, o sujeito é uma movimentação constante.

Assim, a forma como classificamos nossa sexualidade determina a crença que temos em nossas identidades sexuais, ou nossa própria sexualidade e para que

viéssemos a achar plausível a divisão dos humanos em homo e heterossexual um longo e complexo processo histórico teve que ocorrer. Primeiramente a invenção do sexo e da sexualidade como entendemos hoje e, em segundo lugar, a noção de instinto sexual começou a justificar o que era normal ou patológico no sexo, daí surgiu a distinção homo e heterossexual. Portanto, sem a distinção de 2 sexos e a noção de instinto sexual seria impossível essa classificação.

Para COSTA (1995), nada existe na natureza que nos faça admitir que somos homo ou heterossexuais. Nossas crenças sexuais puderam se tornar historicamente plausíveis a partir do fim do séc. XVIII e início do XIX quando começa a crença na diferença dos sexos, que somos divididos em 2 sexos.

LAQUEUR (1990) discute essa ideia ilustrando que historicamente as diferenciações e atribuições de papéis masculinos e femininos se deram quando se pensava haver um único sexo e as mulheres serem consideradas homens que não se desenvolveram completamente. De acordo com esse autor, foi apenas por volta do início do século XIX que surgiu o modelo de dois sexos opostos: o masculino e feminino. A construção desse novo modelo de sexos opostos decorreu de necessidades ideológicas e não de avanços tecnológicos, para justificar as desigualdades exigidas pela política e pela economia da ordem burguesa dominante, entre homens e mulheres com fundamentos em desigualdades naturais.

Dessa forma, não só gênero seria atribuível a pautas sociais, mas também a própria noção distintiva de sexo. Havia esforços científicos para dizer que todos os homens são iguais com exceção de alguns “naturalmente inferiores”: no caso das mulheres a justificativa era o sexo, nos povos colonizados e nas classes inferiores também procurava-se na biologia as origens da diferença, por exemplo, o estudo dos ossos do crânio e da bacia começou a ser feito para justificar as diferenças.

Segundo COSTA (1995), o homossexual passou a ocupar o lugar que a mulher ocupava até o séc. XVIII, passou a ser o “homem invertido” e passou-se a querer entender esses supostos desvios e corrigi-lo. Ou seja, o impacto moral e social dessa classificação, que teve origem no preconceito, na injustiça e na desigualdade, foi e é nocivo. Para o autor não tem porque se manter e se forem

dispensadas as distinções sexuais atuais, não se sabe se seremos mais ou menos felizes, mas será eliminado o mal estar de se sentir discriminado pela forma de amar. Assim, segundo COSTA (1995) - homo e heterossexual - existem como qualquer outra realidade lingüística que serve como modelo de identidade para o sujeito. Vieram da Europa dos últimos 2 ou 3 séculos e são tidas como naturais e universais, mas deviam ser abandonadas.

No entanto, os preconceitos de gênero ainda são muito presentes em nossa sociedade, um exemplo disso, conforme mencionado no relato abaixo, é que determinados comportamentos sexuais estão no CID (Classificação internacional de doenças) e embora haja um processo de transformação em andamento, ainda falta muito para que se superem esses preconceitos.

"Sujeito 5 - E quando chega um menino que diz ser menina, que quer ser chamado de menina? Não sei, eu tenho lido muito sobre isso, mas nunca vi um caso, mas acho que a sexualidade até está no CID, DSM. Então, quer dizer, é patológico e a gente precisa desconstruir pra ser normal" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

"Sujeito 5 - Eu fico pensando, se há 5/6 anos atrás uma criança menino chegasse dizendo que quer namorar outro menino, isso teria um impacto na equipe e talvez hoje esse impacto seria diferente, acho que tem coisas paralelas acontecendo que a gente também vai se apropriando. Sujeito 2 - Acho que uma pessoa de 5/6 anos ela não tem nenhuma escolha. Sujeito 5 - Então, eu vou problematizar, porque um menininho fala, ai, eu quero namorar a fulaninha ninguém problematiza se ele tem idade" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

"Observador - Estamos falando de criança e sobre gênero, que é uma questão interessante ao falar de criança, de escolha sexual, desejo, vocês acham que vocês têm aqui na equipe um consenso sobre isso? Sujeito 2 - Não, acho que a forma de pensamento das pessoas é diferente. Não tem consenso mesmo" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

Observa-se assim, que cada profissional tem sua opinião sobre as questões de gênero, provavelmente porque essas questões não são discutidas e trabalhadas nas equipes, talvez por não se darem conta da relevância do tema. No entanto, o processo de tratamento poderia ser bastante transformado caso se atentasse às situações que envolvem preconceitos de gênero, tanto na relação entre os profissionais, como na relação com os usuários do serviço e seus familiares.

6.4.2. EQUILÍBRIO NO NÚMERO DE PROFISSIONAIS HOMENS E MULHERES SERIA BEM VINDO?

Os CAPS, de maneira geral, contam com um número de profissionais significativamente maior de mulheres do que de homens. Nos dois CAPSi pesquisados havia no total 55 profissionais, sendo 46 mulheres e 9 homens, diante dessa realidade, diversos profissionais, independente do sexo, gostariam que houvesse um número mais equilibrado de homens e mulheres.

"Eu, eu creio que o equilíbrio seria bom. Talvez o vínculo com os meninos mudaria, talvez eles tenham dificuldade de se vincular e contar tudo pra uma mulher e para um homem seria normal" (Entrevista - S1.2 - homem).

"Talvez eu participasse mais do intensivo, porque tem a oficina de beleza, seria uma aproximação maior, porque as mulheres sabem mais dos assuntos das meninas e às vezes criam vínculos maiores" (Entrevista - S 1.2 - homem).

"A gente achava que tinha que ter homens, porque quando eu comecei tinham 2 e agora tem 3 ou 4 e a gente é em 30 mais ou menos, então, a grande maioria é mulher, mas a gente achava que tinha que ter por conta de ter uma população de meninos e meninas e em algumas situações até ser legal ter homens, até para ajudar uma criança que está se machucando, oferecendo perigo, batendo em outra criança" (Entrevista - S23.1 - mulher).

"Eu acho que funciona bem, eu acho que aqui podia ter mais homem, porque a gente tem pouco homem e podia ser mesclado, não mais que mulheres, acho que poderia ter a mesma quantidade de homens e mulheres" (Entrevista - S 13.1 - mulher).

"Acho que podia ter um equilíbrio, eu acho que às vezes faz falta ter umas figuras masculinas. Eu - Por que? Porque eu acho que tem adolescentes que se beneficiariam, acho que daria a eles mais liberdade para falar de alguns assuntos que às vezes não vão falar com uma figura feminina, principalmente os adolescentes e em momentos de uma agitação psicomotora, paciente que você tenta segurar, mas não consegue, nessas horas faz muita diferença. Abrir a lata de palmito, risos" (Entrevista - S14 - mulher).

"Acho que não mais homens do que mulheres, acho que mais homens, acho que é uma figura importante que faz diferença quando tá atuante no serviço por aquelas questões que às vezes a gente precisa ficar respaldado no sentido de ter força mesmo, às vezes um paciente se desorganiza e quando é só mulher acaba ficando mais vulnerável, no sentido da figura de autoridade, no sentido de ter algumas entradas que às vezes são necessárias" (Entrevista - S7 - mulher).

"Ter o masculino, porque o masculino impõe certo respeito, tem dias que a gente fecha aqui só mulheres e dá medo, até porque essa rua é esquisita, mas acho que seria bom se fosse igual" (Entrevista - S18.1 - mulher).

"Não, eu não entendo que o gênero melhoraria ou pioraria o serviço, eu acho que mais homens auxiliaria em situações que a gente precise de uma coisa mais enérgica, que a gente precisasse de uma contenção ou alguma coisa desse tipo, acho que o homem, por ser fisicamente mais forte, não que tenha mais qualidade, mas acho que fisicamente auxiliaria, mas acho que não iria melhorar se tivesse mais homem ou mulher, em relação ao gênero, acho que não é isso que faz a qualidade" (Entrevista - S22 - homem).

"Ajuda em alguns momentos, sim, mas não é toda hora que tem um paciente mais agressivo, não é toda hora que você precisa ter uma intervenção mais severa, não. Então, por isso que eu acho que não influencia muito" (Entrevista - S1 - homem).

Observa-se que profissionais de ambos os sexos relatam que seria importante se houvesse um maior número de profissionais do sexo masculino trabalhando nos CAPSi. Os argumentos, tais como acima evidenciados, são basicamente de duas ordens: De um lado facilitaria a interação e a confiança com os usuários de sexo masculino. De outro lado, a presença de profissionais do sexo masculino adquiriria um significado tanto simbólico quanto imediatamente operacional, tanto para os usuários quanto para a própria equipe de trabalho. Neste sentido, os profissionais masculinos são percebidos como garantidores da ordem, capazes de fazer valer a lei em situações disruptivas e representam a força e a lei protetoras. Interessante assinalar que a ausência da figura masculina ou o caráter feminino dos CAPSi, como indicaremos adiante, causa efeito na própria equipe de saúde mental face a hipotéticas ameaças externas.

Essa separação de papéis tendo por fulcro o sexo do profissional, apesar de aparentemente valorizar os homens, se dá num contexto sociológico marcado, na prática, por uma supremacia feminina. Nas discussões dos grupos focais fica

evidente que os homens são colocados em segundo plano no trabalho realizado nos CAPSi. Nos 3 Grupos Focais a liderança das discussões cabia sempre a uma participante do sexo feminino. A participação masculina permaneceu nos três casos discreta. Quando, nessas condições, os homens tentavam intervir suas vozes eram sistematicamente desconsideradas. No discurso do grupo, as vozes femininas eram predominantes e fundamentais, enquanto o papel dos profissionais do sexo masculino eram úteis em alguns momentos pontuais em que eram solicitados, principalmente pela força física, mas os casos eram sempre conduzidos pelas profissionais do sexo feminino.

Poder-se-ia neste caso assinalar fortemente na dinâmica dos profissionais dos CAPSi uma verdadeira divisão sexual do trabalho e do prestígio em detrimento do papel atribuído ao masculino. No plano concreto caberia aos homens o uso da força física do trabalho e, praticamente, tão só. Situação interessante que ao mesmo tempo em que consolida o modelo ou, melhor dizendo, a identidade feminina do CAPSi, como veremos mais tarde, abre-se sintomaticamente para um apelo a um masculino idealizado, exterior, que cobriria uma pretensa falta de saber agir, indicada na fala mais do que emblemática:

"A gente sente mais segura do lado dele (...) Até nós quando entrou ladrão aqui a gente sentia falta de um homem, porque só tinha 1, depois vieram outros, mas acho que não, acho que seria completar forças eu diria, um pouco mais de homem" (Entrevista - S 18.1 - mulher).

Que situação é essa em que os homens são rebaixados socialmente a uma figura de força bruta ou força física e que ao mesmo tempo são idealmente almejados enquanto figura da ordem e da segurança num plano simbólico evidente, mesmo quando o simbolismo é carregado por uma situação concreta? Afinal, quando entrou um ladrão, que diferença faria um homem? Essa identidade feminina (dos CAPSi) estabelecida não estaria em dificuldades para se afirmar na ausência de um phallus? Tal identidade seria genuinamente estabelecida ou fruto de uma usurpação dada pela dinâmica do cuidado, da feminilização do trabalho de cuidado ou ainda da feminilização decorrente da pauperização do trabalho do cuidado?

De todo modo, tais questões serão tratadas mais adiante no tema acerca do “CAPSi - Ambiente Feminino”.

Pode-se dizer que há certa disputa de poder entre os profissionais a partir do sexo, essa realidade é apoiada pelos resultados obtidos a partir da análise de evocações. No QUADRO 1, diante do termo indutor: "cuidado feminino de crianças e adolescente com transtornos mentais" encontram-se na centralidade as palavras: "acolhimento", "cuidado", "maternagem" e nas 1a e 2a periferias encontram-se as palavras: "amor", "atenção", "carinho", "afeto", "compreensão", "dedicação", "higiene" e "sensibilidade". E diante do termo indutor: "cuidado masculino de crianças e adolescente com transtornos mentais" na centralidade encontram-se as palavras: "limite", "regra" e "respeito"; nas 1a e 2a periferias se encontram as palavras: "autoridade", "força", "homem mais duro", "objetividade", "ordem", "amor" e "ausência".

Observa-se que as palavras evocadas para o cuidado feminino são todas positivas, enquanto para o cuidado masculino não são, sendo que foram as profissionais mulheres que mencionaram as palavras mais negativas em relação ao masculino (autoridade, força e homem mais duro). Destaca-se que a palavra "força" é evocada 10 vezes, sendo que 9 vezes é por profissionais do sexo feminino, mostrando como são as mulheres que atribuem essa característica ao masculino.

O conjunto dessas produções - imposição de profissionais do sexo feminino - são re-afirmadas pela fala de um profissional de sexo masculino que disse se identificar mais com a figura feminina que a masculina no modo de encarar a vida e lidar com as pessoas:

"Pelo fato de trabalhar com criança e adolescente as mulheres têm mais afinidade e, não só o fato das mulheres terem mais afinidade que homens também tem, mas o fato da inserção desse profissional dentro do serviço e, muitas vezes, o homem não está lá dentro porque não acreditaram que ele poderia ter a possibilidade, o feeling para trabalhar com criança e adolescente e consideram que a mulher tem essa facilidade. Então, elas são mais mães, então, não tem pai social e tem mãe social (...) mas acho que a questão de ser mulher acho que facilita, tanto pra menino como pra menina, o aconchego, o cuidar, é diferente, eles se deixam, né, eles criam o vínculo

maior com ela (...) Sim, eu acho que eu estaria melhor desenvolvido, eu seria, melhor remunerado, porque eu acho não, eu entraria em mais lugares sendo mulher como profissional da área da saúde, tem muita mulher na área da saúde, isso gera uma concorrência maior, mas a mulher tem mais abertura nessa área que os homens, as mulheres são muito mais aceitas que o homem, às vezes a mulher não quer passar com um profissional porque ele é um homem e como vou falar pra um homem que meu marido me bate, porque ele é machista, então, tem essas coisas. Depende do vínculo, depende de tudo, mas se eu fosse mulher eu acho que eu estaria um degrau acima" (Entrevista - S3.1 - homem).

Houve apenas um profissional, também de sexo masculino, que relatou que seria interessante o equilíbrio entre profissionais homens e mulheres pela visão e atitudes de cada sexo ser diferente e a diversidade ser rica, revelando como essa visão mais ampla, que vai além dos estereótipos de gênero ainda representa a minoria dos profissionais de CAPSi. É interessante que no questionário esse profissional disse que se identifica tanto com a figura feminina como com masculina na forma de encarar a vida e lidar com as pessoas. Assim, pode-se pensar que haja certa abertura desse profissional diante das múltiplas possibilidades de gênero que não se restringe ao binarismo homem-mulher.

"Eu acho que seria legal se tivessem mais homens aqui, eu acho que seria mais plural, não sei. Então, não sei se o fato de ser mais plural, mas eu acho que seria legal sim, porque é isso, porque os homens têm uma visão diferente, uma atitude diferente (Entrevista - S27- homem).

Constatou-se que o binarismo marca fortemente as relações entre os profissionais de CAPSi, que associam os homens à força bruta ou força física e são idealmente almejados enquanto figura da ordem e da segurança num plano simbólico evidente. E as mulheres são associadas ao cuidado. Isso pode ser fruto de uma falta de atenção às questões de gênero que provavelmente não são discutidas e trabalhadas nas equipes e acabam sendo pautadas por opiniões pessoais. Destaca-se a importância dos profissionais se atentarem à essas questões, uma vez que poderia trazer benefícios ao tratamento oferecido nos CAPSi.

6.5. CAPSi - AMBIENTE FEMININO

6.5.1. POR QUE HÁ MAIS PROFISSIONAIS MULHERES NOS CAPSi?

Ao serem questionados sobre as razões pelas quais os CAPSi atraem mais trabalhadores do sexo feminino os profissionais apresentam algumas hipóteses, dentre elas a baixa remuneração oferecida no serviço aliada às dificuldades da inserção da mulher no mercado de trabalho:

"Talvez porque não seja a área que melhor remunera (...) então, talvez haja uma diferença de remuneração que não é o que mais atrai" (Entrevista - S18 - homem).

"A mulher necessita mais, coitada, tem que trabalhar porque ganha menos que homem, existe esse preconceito, então, ela tem que trabalhar e hoje ainda não estamos iguais, bem longe disso, então, a gente sempre tem que trabalhar mais para ganhar o equivalente ao homem, pelo menos um pouquinho, então, eu acho que por isso. Eu - Então, você acha que as mulheres não arrumam emprego em outro lugar e vem trabalhar aqui? Sim" (Entrevista - S13.1 - mulher).

Tais argumentos coincidem com a divisão do trabalho discutida pela literatura (FONSECA 1996, WALDOW 1996, GROSSI 1996, REIS 2010a) a partir da noção de gênero, indicando que as mulheres ocupam lugares menos favorecido, trabalhos menos valorizados historicamente e financeiramente e que os atributos necessários para esses trabalhos são socialmente alocados às mulheres como se fossem características naturais delas. COSTA e SILVESTRE (2004) indicam que um número maior de mulheres sempre prevaleceu nos trabalhos relacionados à saúde, especialmente entre os cuidadores das categorias de menores salários.

Nesse sentido, no capítulo 2, a teoria de RUBIN (1993) é explicada brevemente: para a autora, que se embasa em Lévi-Strauss, a origem da opressão da mulher está nas sociedades primitivas em que as mulheres eram trocadas como mercadorias, como objetos e quem fazia a troca eram os homens, ou seja, o homem tem o poder sobre a mulher, ele é o sujeito ativo que realiza a negociação e ela é o objeto, passivo.

Assim, as mulheres estariam nessa posição de passividade desde as sociedades primitivas e seria difícil transformar essa realidade, uma vez que a divisão sexual do trabalho não surgiu no capitalismo, mas foi apropriada pelo sistema capitalista por ter sido útil à sua lógica. Portanto, para RUBIN (1993), a origem da opressão da mulher, que é muito anterior ao sistema capitalista, é apropriada por nossa cultura e arraigada socialmente.

Sabe-se que os cursos ligados à área da saúde desde a escolha pela graduação são mais procurados por mulheres, com exceção da medicina que ocupa um lugar social tradicional, que representa poder e remunera-se melhor. Essa realidade é mencionada pelos profissionais que justificam esse fato pela inata vocação feminina de cuidar:

"É, acho que é o perfil, a mulher tem mais tendência a cuidar da parte mais emocional e o homem tem mais tendência a parte mecânica, então, uma classe de psicologia vai ter mais mulher, enfermeiro também, aí é uma questão de preferência mesmo de masculino e feminino, é só isso" (Entrevista - S1.2 - homem).

"Porque assim, eu sempre tive essa ideia de cuidar, eu não sabia o que eu queria da vida, mas eu queria cuidar da pessoa, do indivíduo, eu nem sabia que era na área da saúde (...) Então, assim, eu cuidava, mas não tinha noção que existiam várias profissões dentro da saúde naquela época. Então, eu acho que como homem eu ia ser a mesma coisa, eu ia cuidar de alguém, não sei, de repente massagista, mas eu estou cuidando, então, sempre pensei nisso" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Então... acho que assim, quando eu fiz terapia ocupacional, acho que eu nem teria feito T.O, porque tinha um homem na minha turma e ele desistiu, então, acho que eu teria outra formação" (Entrevista - S9.1 - mulher).

"Pode ser, não, não, nunca pensei em ser outra coisa, o máximo que eu pensei em ser foi nutricionista, mas imaginando homem, nunca pensei em outra área fora da saúde, porque o importante pra mim é o cuidar, então, não" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Então, eu participo de processo seletivo, de vários processos seletivos e acho que vem muito da formação em saúde e acho que na formação em saúde, na maioria dos cursos de saúde são mais mulheres mesmo, enfermagem, enfermagem é difícil achar um enfermeiro, principalmente nos CAPS, se você for analisar a formação desde a faculdade, você percebe que sempre vai ter mais mulheres que homens e isso acaba influenciando, não que, por exemplo, os homens não são mais habilitados que as mulheres, acho que não é isso, acho que é a questão de oportunidade, às vezes, principalmente no meu caso, no processo seletivo teve mais homens que mulheres no processo que participei, foi diferente, mas foi uma exceção, não é a regra, na regra a maioria são mulheres. Acho que é por causa da formação, faculdade..." (Entrevista - S1 - homem).

"Eu acho que é por causa das próprias profissões, né! Psicólogo... que tem mais procura por mulheres, não estou querendo ser machista, mas acho que procura mais T.O., fono que quase não tem homem, assistente social, que a maioria é mulher, então, acho que pela procura da profissão mesmo e o que tem em um CAPS infantil ou saúde mental são essas áreas e acaba tendo mais mulher que homem. Até mesmo na enfermagem, você pode ver que quem procura mais curso de auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem, não sei se tem uma relação, mas você vê mais mulher que homem, acho que por isso que tem mais mulher que homem trabalhando em serviços de saúde mental, não por dificuldade ou qualidade, acho que por essa questão mesmo, às vezes é difícil né, sempre ouvi falar tanto em um CAPS como no outro que para fazer uma seleção pra auxiliar de enfermagem masculino é extremamente difícil, não aparece candidato e às vezes você precisa por causa da força física que é necessária e não acha, então, talvez isso responda" (Entrevista - S22 - homem).

"Eu atribuo a fatores culturais do cuidado, cuidado voltado a figura feminina e o cuidado na sociedade sempre foi posto, tanto que na escola está muito ligado à figura feminina, enfermagem, eu acho que tem mais uma questão cultural" (Entrevista - S17.1 - homem).

Nos relatos acima pode-se ver que os profissionais não procuram argumentar e refletir sobre o porquê de haver mais mulheres nas graduações voltadas à área da saúde, eles apenas constataam que é assim e justificam o fato de haver mais mulheres em CAPSi por haver mais mulheres nos cursos de saúde. Essa falta de reflexão, ou raciocínio tautológico, revela como o fato da mulher cuidar é

naturalizado socialmente e como essa realidade está completamente introjetada e homogeneizada no imaginário comum.

Essa realidade é corroborada na análise de evocações, conforme apresentado na TABELA 1, diante do termo indutor: "cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" a palavra "cuidado" é a mais evocada por profissionais de ambos os sexos e no QUADRO 1 encontra-se na centralidade. Enquanto, diante do termo indutor: "cuidado masculino de crianças e adolescente com transtornos mentais" a palavra "cuidado" é evocada poucas vezes (QUADRO 1) e encontra-se na zona de contraste. Isso pode indicar que o cuidado feminino é algo instituído, que faz parte do senso comum, enquanto o cuidado masculino é algo que começa a aparecer como uma realidade, é uma novidade.

Assim, os cuidados, principalmente de crianças, são funções atribuídas ao feminino e uma justificativa para as mulheres atuarem mais que os homens como profissionais de CAPSi, seja por razões culturais ou biológicas. Segundo os profissionais as crianças em sofrimento precisariam do cuidado feminino, que envolve mais carinho e sensibilidade que o afeto masculino.

"Pelo fato de ser com criança é... o homem é mais... com criança a mulher tem mais jeito que o homem e é isso o fato, o fato de ter menos homens" (Entrevista -S4.1 - homem).

"Eu acho que tem a ver com isso também, o trabalho no CAPSi pede que se tenha manejo, delicadeza, enfim, essas características atribuídas a figura feminina, é o que acaba prevalecendo, não só em CAPSi acho que em qualquer serviço infantil" (Entrevista - S7 - mulher).

"Eu acho que a mulher ela vem com a questão do cuidado, não sei, a impressão que dá é que o homem vem com essa coisa de prover, de dar comida e a mulher vem mais com essa coisa do cuidado, do zelo, com uma certa delicadeza que alguns homens não conseguem ter, porque eles não treinaram essa parte, nunca ninguém fez eles pensarem nisso" (Entrevista - S14 - mulher).

Nesse sentido, Oliveira e Roazzi (2007) afirmam que, historicamente cabe à mulher o espaço privado, sendo esta considerada frágil e "da casa" e sua honra se expressa pela fidelidade ao marido, pela reprodução e responsabilidade no

desenvolvimento dos filhos. Já ao homem cabe o espaço público, e sua respeitabilidade advém da capacidade de provedor da família de alimentos e de respeito.

Tal como já assinalado na introdução e retomado aqui em função de sua pertinência analítica, o cuidado, tal como postulado por PIRARD V (2006), envolve tanto o corpo quanto a vida psíquica e, portanto, suscita representações conectadas às figuras parentais da mãe ou da avó. Além disso, o cuidado liga-se ao feminino por uma razão adicional que se remete à distinção entre a moral masculina e a moral feminina. A autora, inspirando-se nas formulações feministas de GILLIGAN (1982), considera que, pelo viés da moral, a estrutura de cuidados pertence ao universo feminino. Para GILLIGAN (1982) a moral masculina atua no registro da justiça e da restrição, a ideia de justiça compreende que o ser humano possui certos direitos básicos que determinam o respeito ao direito dos outros. Enquanto a moral feminina assenta-se na ideia da responsabilidade em relação ao outro ou no cuidado com o outro.

Os cuidados básicos de higiene, alimentação também são considerados função da mulher, talvez pelo fato da mulher ser mãe e esse papel estar associado às funções maternas:

"Por ser homem, o que traz de negativo é por eu trabalhar com crianças muito pequenas e às vezes precisar com cuidados, por exemplo, banheiro e coisas do tipo que eu preciso sempre recorrer à mãe ou auxiliar que possa estar me ajudando" (Entrevista - S22 - homem).

"Eu acho que a mulher tem essa questão materna, que se sobressai mais, de cuidar mais, acho que é isso" (Entrevista - S9.1 - mulher).

"Ao campo do cuidado, a mulher é do instinto, é o campo instintivo, é dela a maternagem, o cuidado e acho que de alguma forma, uma identificação cuidar de casos muito graves que exigem isso o tempo inteiro, o cuidado, a maternagem, esse lugar (Entrevista - S19 - mulher).

"De novo, eu me vejo como masculino, aceitando o feminino e eu acho que eu tenho uma coisa feminina muito forte, uma maternagem muito forte, eu não sei se é isso, mas eu acho que eu faço um trabalho muito bom que tem um reconhecimento, não sei se seria diferente" (Entrevista - S17.1 - homem).

Observa-se que S19 usa o termo instinto da mulher, evidenciando a naturalização do papel social da mulher e S17.1. diz julgar realizar um bom trabalho nos CAPSi devido ao seu forte lado feminino. Apesar de sair da naturalização: homem-masculino x mulher-feminino, dissociando o sexo do gênero, o profissional atribuí seu bom desempenho no serviço ao seu lado feminino, como se usando o lado masculino não fosse possível realizar um bom serviço.

No trecho que segue é interessante como o profissional associa a forma como se realiza o trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ao fato de poder gestar um filho, tanto para aquilo que pode ser positivo como negativo:

"Essa é uma boa pergunta, não sei se, por exemplo, eu poder ser mãe, eu acho que sim, porque eu vejo assim, por exemplo, eu percebo que algumas questões pra mim são muito mais fáceis que para as minhas colegas, porque elas são mães e se deixam tomar por isso. Por outro lado, tem algumas questões que eu sou menos sensível que elas, pelo fato de eu não ser mãe. Então, se eu fosse uma mulher e pudesse gerar um filho ou ter um filho seria diferente eu acho. Eu - você acha que o fato de você poder ter um filho influenciaria em que no seu trabalho? Eu acho, eu acho inevitável, assim, eu acho que poderia me influenciar positivamente em alguns casos, em algumas questões eu seria mais sensível e por outro lado, eu acho que seria prejudicial, em algumas questões eu seria menos, teria menos capacidade de empatia com as mães. Eu acho que as minhas colegas de trabalho têm muito mais dificuldade de empatia com as mães se elas são má mães e pra mim já é mais fácil tolerar que uma mulher seja má mãe, pra mim é muito mais fácil entender, não é uma coisa que me choca, não me pega visceralmente e eu percebo que em muitas colegas minhas pega" (Entrevista - S27- homem).

O ato de cuidar mobiliza uma forma de relação assimétrica com o outro, verifica-se uma dissimetria entre o cuidador e aquele que é cuidado, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. Talvez por isso que as profissionais tenham dificuldade de lidar com casos que envolvem mães negligentes ou ausentes, que elas não julguem as melhores para uma criança ou adolescente.

Esse último trecho revela novamente, do ponto de vista de um profissional homem, a tendência das profissionais mulheres apresentarem mais dificuldades de separar o papel profissional do pessoal em comparação com os profissionais do sexo masculino. Justifica-se essa dificuldade pela própria biologia dos sexos, como se apenas pelo fato de ser mulher e poder gestar um filho as fizessem julgar mais as

mães, pergunta-se: e as profissionais mulheres que não tem filhos, julgariam as más mães da mesma forma? Novamente aparece essa questão de um instinto materno inato protetor das crianças pequenas que necessitam de cuidado.

Nesse sentido, ROHDEN (2006) indica que o paradigma médico do século XIX era um importante elemento que participava do processo de definir o corpo feminino como destinado à reprodução:

Constata-se que os profissionais confundem o estado pelo qual a mulher pode passar ao ter um filho (porque isso nem sempre ocorre), caracterizado por uma preocupação intensa com o bebê que é associada a uma psicose por diversos autores e denominada por WINNICOTT (1993) "preocupação materna primária", com um instinto inato de toda pessoa do sexo feminino que ao se deparar com uma criança necessitando de afeto, isso aflore e seja acionado imediatamente. No entanto, esse estado de fusão ou simbiose da mãe com seu bebê, pode ocorrer nesse período da vida de uma mulher devido às alterações fisiológicas, mas também pode não ocorrer. Por exemplo, há diversos casos que a mãe rejeita seu bebê e que o pai ou outra pessoa o assume. O ser humano vai muito além do biológico, tem todo um mundo mental que pode alterar o funcionamento corporal e o fato da mulher poder biologicamente ter um filho não quer dizer que tenha essa disponibilidade de cuidar.

Portanto, a construção social do papel da mulher que envolve ser mãe e automaticamente saber cuidar de seu filho, ou seja, a crença de que há um instinto inato feminino de cuidar faz do CAPSi um ambiente feminino, que atrai as mulheres ou os homens identificados com o gênero feminino, conforme relatado pelos profissionais:

"Eu pensei agora aqui, eu acho que talvez o CAPS seja um lugar feminino, eu não consigo imaginar um CAPSi com mais homens que mulheres, por ex, e talvez a função do cuidado, acho que CAPS é um lugar de cuidado e o cuidado ainda é um lugar feminino, não sei se tem que ser assim, mas acho que está sendo assim" (Entrevista - S23.1 - mulher).

"E, claro, a gente sente falta, porque sou eu e mais um rapaz que é o farmacêutico e a gente sente falta de compartilhar com o gênero, né... na

mesa estão falando de coisas de meninas, mais nesse sentido, mas não que isso atrapalhe, diminua o trabalho, não (Entrevista - S22 - homem).

"Na saúde também tem homens, mas tem alguns, se eu pegar tem 10 homens dentro da saúde, saúde que eu to falando é como enfermeiro, auxiliar... 8 são gays, tem alguns que não são, você tem 7 gays" (Entrevista - S14 - mulher).

"Então, eu não acho que seria diferente, eu até sei que provavelmente seria, mas como eu conheço excelentes profissionais, minhas chefes são todas mulheres, eu não vejo muita, muito preconceito na área que eu atuo, sinceramente, aliás, eu fico me perguntando onde estão os homens, porque, na saúde você vê hoje cada vez mais mulheres" (Entrevista - S18 - homem).

"Risos, eu acho que as pessoas se fazem diferentes a partir da história, não sei como seria minha história se eu fosse um homem, talvez eu não trabalhasse aqui, não sei. Se eu for pegar os homens da minha família, meu pai é advogado, o outro irmão foi pra sei lá da computação, o outro sei lá, não tem nada a ver, eu vim pra cá..." (Entrevista - S14 - mulher).

Indo além do aspecto propriamente quantitativo, no que tange à composição dos trabalhadores dos CAPSi, há de se assinalar que, do ponto de vista dos profissionais, o feminino se impõe como qualidade intrínseca dos CAPSi. Desse modo pode-se efetivamente pensar numa identidade feminina de um equipamento social que é o CAPSi.

6.5.2. O VALOR DO MASCULINO

De acordo com a hipótese que acabamos de formular, o CAPSi se plasma num ambiente feminino prevalente onde as mulheres encontram seu lugar e tem uma voz ativa, atribuindo ao masculino apenas o valor da força física e assim, em algumas circunstâncias, desvalorizam os profissionais homens. No entanto, no

interior desse contexto, alguns aspectos atribuídos ao masculino são valorizados pelas profissionais mulheres, tais como a objetividade do masculino, associada à praticidade e simplicidade:

"O homem, de repente, é mais concreto, faz e pronto e a gente é mais daquela coisa de sensibilidade, vamos ver, vamos pensar, acolher e o homem já quer concretizar aquilo para resolver logo e a gente fica só amaciando" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Eu não sei, eu não consigo pensar não, porque assim, eu acho que em alguns momentos os homens conseguem ter uma parte mais prática, as mulheres são até mais confusas" (Entrevista - S9.1 - mulher).

"Sabe! e acho que tem um tanto também no posicionamento, as figuras masculinas em reuniões eles acabam sendo mais objetivos, mais ponderados, opa! princípio de realidade, chega de viajar, vocês estão viajando, risos, sabe! Auxíliia, acho importante, um equilíbrio. Acho que é isso, tem muita mulher mesmo" (Entrevista - S14 - mulher).

"Não... e assim, eu trabalho muito com essa coisa de você sentiu, você percebeu que tinha um nó, que falar sobre aquilo foi difícil, então, acho que você tem que estar muito atenta a isso e acho que os homens não são (...) Acho que pelo, como vou explicar, acho que pelo cuidado, acho que a mulher é mais ligada a esse cuidar das pessoas e acho que o homem não, é mais prático, é mais, tem que resolver logo (...) acho que muita mulher se perde um pouco, acho que se tivesse mais homens, acho que daria uma direção melhor pra decisão de algumas coisas, daria mais contorno pra algumas coisas que fica só falando, falando, pensando, eu senti, eu percebi, eu acho, só que você não chega em lugar nenhum, dá vontade de chegar alguém e falar: CHEGA! o que vai fazer e pronto, está bom, uma concretude, uma objetividade pro trabalho, pro processo de trabalho, acho que mulherada muito fica meio confuso" (Entrevista - S3 - mulher).

Pode-se associar os trechos acima aos resultados obtidos a partir da análise de evocações. No QUADRO 1 pode-se observar que diante dos termos indutores: "cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" e "cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" a palavra "escuta" aparece na zona de contraste. Ao se observar as TABELAS 1 e 2 nota-se que são as mulheres que evocam essa palavra, dessa forma, essa palavra é mencionada por mulheres e mais vezes diante do termo indutor "cuidado feminino" (8 vezes) que diante do "cuidado masculino" (4 vezes). Portanto, é uma característica do cuidado

trazida por mulheres. Os homens não associam essa palavra nem ao cuidado feminino nem ao masculino.

Pode-se pensar que essa escuta esteja relacionada à escuta mais profunda ou detalhista e menos objetiva, pois diante dos relatos acima parece que as mulheres têm certa dificuldade de serem práticas e diretas, ficam dando voltas que muitas vezes não levam à conclusão alguma.

Além disso, a figura masculina no serviço é valorizada como contraponto a exemplos negativos que os usuários têm em casa, uma vez que acabam associando os homens ao crime e à violência, ou seja, a autoridade é constituída pelo medo, respeita-se pelo medo e não pelo amor ou pelo respeito. A presença de homens no serviço pode proporcionar a oportunidade do usuário se vincular e se identificar com um homem que lhe dê bons exemplos e o ensine regras e limites, que são fundamentais no processo de atendimento à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

"A gente tem muitas crianças que só tem a figura feminina, que vivem em uma família de mulheres, porque os homens estão trabalhando fora, porque os homens morreram pelo aumento da criminalidade, assim, tem famílias que só tem mulheres que os homens foram embora, então, eu acho importante para as nossas crianças terem contato com homens, às vezes eu sou o único homem que a criança tem contato, entendeu? E é isso, também, sabe, a gente vive em uma comunidade muito pobre que o masculino está ligado a isso, é perverso, malvado, filho da puta, bate, estupra, então, eu acho legal você ter contato com uma experiência do masculino que não é isso, sabe? (...) Então, casos de alguns usuários que tem ausência da figura masculina em casa, tiveram pais que se separam quando eles eram pequenos, então não tem aquela presença da figura masculina, normalmente é feito pela mãe a figura masculina ou por outra pessoa, às vezes tio, irmão mais velho, então, um dos casos a questão do limite, da regra algumas crianças não respeitam por isso, acaba influenciando, tem alguns usuários quando ele vem pra cá e eu faço determinado atendimento com ele, ele me enxerga de maneira diferente, ele pensa assim, nossa, ele tá me mostrando isso com uma autoridade que eu não tenho na minha vida, nunca ninguém me deu essa autoridade" (Entrevista - S1 - homem).

"E é um menino que não é só a figura masculina, mas a altura, a largura, sabe assim, porte físico também faz diferença, é um menino que consegue se centrar frente a uma figura masculina que transpareça autoridade, não na palavra, com a palavra com ele a gente não consegue muito, mas uma

peessoa que demonstre pra ele, olha, preciso, ele consegue, faz toda diferença no manejo com ele (...) É como se ele fosse só terrível e ele não é só terrível e essa figura propicia, tanto que tem um diretor de escola que é grande, alto, mas é uma pessoa muito afetiva com ele e ele conseguiu estabelecer uma relação super bacana, chama ele de pai, inclusive, ele não conhece o pai dele, mas é isso, é como se fosse um ideal de pai, essa figura, porque ele é muito grande, apesar da pouca idade, ele está com 19 anos e ele é enorme e às vezes com isso, frente a uma figura maior, masculina, é como se ele fosse uma criança ainda, pequena, algo que não foi estabelecido antes e pudesse estabelecer, sabe? Porque não é... não é a questão, eu morro de medo, não é isso, porque ele vai pra cima, ele bate, ele vai pra cima de policiais, ele desafia" (Entrevista - S14 - mulher).

"Sim, várias vezes, tanto pro lado positivo, por exemplo, eu percebo assim, que a saúde mental é muito feminina, e eu percebo assim, que o fato de você ser do sexo masculino facilita, por exemplo, situações que envolvem agressividade, questão de desafio à autoridade. Agora com os rapazes é isso, tem situações que eu percebo que pelo fato de eu ser um homem faz com que eles se sintam mais a vontade ou que se detenham pouco na agressividade, e mais isso mesmo" (Entrevista - S27- homem).

Nos trechos que seguem fica evidente que os CAPSi são vistos pelos profissionais como um ambiente feminino e como o papel da lei é atribuído ao masculino e, portanto, às instituições externas como a justiça ou o conselho tutelar, que simbolizam o masculino.

"Sim, eu acho que em alguns casos a entrada de um homem ocupa, de fato, isso que eu falei da função de lei, de estabelecer limites mais claros, que às vezes no profissional do sexo feminino é um pouco mais complicado o usuário ver essa função, assim, embora tenha, pro usuário, principalmente nos casos de transtorno de personalidade isso influencia" (Entrevista - S19 - mulher).

"Acho que sim, se houvesse mais homens a gente conseguiria manejar algumas coisas que escapam quando o paciente está em crise a gente tem que unir 5/6 profissionais para lidar ali com a situação e acho que a voz do homem exerce uma função, a figura masculina exerce uma função. Acho que teria sim diferença (Entrevista - S19 - mulher).

"Sujeito 1 - E algumas vezes me pergunto se a justiça não pode retirar dessa mãe que não está dando conta e fazer o pai assumir. Sujeito 3 - Retirar dessa mãe que não está dando conta também envolve questões de gênero, porque também pode ser uma punição a essa mulher... porque não deu conta do cuidado e a única coisa que ela tem é o filho e a fala da mulher é essa: a coisa mais preciosa que eu tenho é o filho" (GR - CAPSi 2 - 1o encontro).

Observa-se que a função da lei, da ordem, dos limites, ou seja, funções masculinas são atribuídas às instituições externas e os CAPSi se constituem como ambientes em que as regras são pouco claras e falta objetividade e praticidade, tanto entre os profissionais como em relação aos usuários e seus familiares.

Pode-se associar o binarismo homem – mulher em que o masculino é ligado à lei e o feminino ligado aos afetos, às reflexões trazidas por SARACENO (2001) sobre o lugar ocupado pela lógica manicomial e psiquiátrica e as funções que ocupam simbolicamente. A função da lógica do manicômio e da psiquiatria seria a de ordenar a desordem do louco, e poderia ser comparada à lógica do patrão e também do pai, o que se daria de forma complexa e ambígua. A função de proteção, tanto da sociedade do louco ameaçador, como do louco, vítima da sociedade ameaçadora, é comparado, pelo autor, a um projeto paterno. Assim, a duplicidade que caracteriza a psiquiatria e o manicômio seriam expressão da duplicidade paterna e patronal de uma suposta ciência que é ideologia, quando exercita duas funções (de paternidade e de domínio), que por definição excluem a hipótese da dúvida, ou seja, de colocar-se em questão, o que é (ou deveria ser) a marca do método científico.

De acordo com SARACENO (2001), ao se observar as fotografias dos manicômios do final de 1800 e do início de 1900 se vê prevalecer a função paterna, ou seja, da ordem e da norma. Com o crescer paralelo da presumida cientificidade da psiquiatria e da ideologia médica, começaria a prevalecer a função patronal. Para ele, por mais paradoxal que pareça, eram melhores os manicômios do início de 1900 do que os de hoje, na medida em que eram mais pais norteadores do que patrões violentos e a diminuição da "violência direta" sobre os pacientes corresponde ao crescimento da "violência indireta".

Assim, a proposta anti-institucional além da transformação exclusivamente no âmbito dos papéis sociais do cuidador e do doente (cuidador – passa de dominador a cidadão e aquele que é cuidado - passa de escravo a cidadão), teria também uma transformação nas relações pessoais e afetivas (de pai à irmão - o cuidador, e em consequência de filho à irmão - o que é cuidado).

Nesse sentido, pode-se refletir como a saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito das relações pessoais e afetivas seria: mãe - cuidador e filho ou filha - o que é cuidado. Nessa relação está implícita uma assimetria entre cuidadores e cuidados, que pela própria posição da criança seria difícil evitar. A questão que se coloca é por que esse cuidado de crianças e adolescentes é tão ligado ao cuidado materno. Ao quebrar a lógica manicomial houve um movimento de romper com a lógica paternal, mas no caso de crianças e adolescentes direcionou-se ao pólo oposto, ou seja, para uma lógica maternal com tudo que ela acarreta de simbiose psíquica.

Seria, portanto, interessante romper com essa lógica binária e pensar novas formas de lidar com as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, uma vez que os próprios profissionais já percebem dificuldades no processo de tratamento pelo fato do serviço estar identificado ao extremo com a lógica feminina/materna.

6.6. RELAÇÕES DE GÊNERO NO OLHAR DOS PROFISSIONAIS PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

6.6.1. O UNIVERSO DOS MENINOS E DAS MENINAS

Nesse tema se discutirá as diferenças entre os meninos e as meninas atendidos em CAPSi no que se refere ao olhar dos profissionais e como esse olhar,

que é marcado pelas construções sociais, imprime uma determinada forma de tratar as crianças e adolescentes nessas instituições.

Alguns profissionais relatam haver uma diferença no tratamento a partir do sexo do usuário e consideram fundamental no processo de vínculo a identificação dos meninos com profissionais do sexo masculino e das meninas com profissionais do sexo feminino:

"Dependendo se é menino e menina você tem que ter um olhar diferenciado, não tem como você tratar da mesma maneira, não tem como você querer, a parte terapêutica, a parte de grupo, a medicação, é a mesma, mas o tratamento tem que ser diferente de alguma maneira (...) agora com menina é muito difícil um homem conversar sobre isso, não que o usuário não dê abertura, tem usuário que é aberto, que não tem problema, nessa orientação sexual, tal, mas no caso de uma mulher é mais fácil de você ir pra essa linha, é mais complicado conversar com a menina" (Entrevista - S1 - homem).

"Como outras situações, por exemplo, garotas com uma questão com abuso, elas ficarem mais receosas, demorarem mais pra ganhar um vínculo comigo por eu ser um homem. O que eu lembro são essas questões. Tem uma menina agora com questões de auto mutilação que começou a só me atacar, entendeu? E ela tem uma outra postura com as mulheres da equipe" (Entrevista - S27 - homem).

"Sim, pelo fato de eu ser homem tem coisas que as meninas não contam pra mim, mesmo eu sendo profissional. Só isso" (Entrevista - S4.1 - homem).

"Com o menino é comum, é do dia a dia conversar sobre isso, tal e acho que uma menina conversar sobre auto cuidado, limpeza, higienização, eu acho que isso é muito difícil do homem conversar, porque o homem é mais fácil, você entende o lado dele e tem como orientar ele, você sente na pele o que ele tá sentindo ou já sentiu, tal... porque acima da saúde mental, da questão mental, você tem que entender como é o indivíduo, a pessoa, as outras questões que ele tem a questão clínica, pessoal, tudo, então com homem é bem mais fácil de lidar" (Entrevista - S1 - homem).

"Se for um menino, principalmente a questão sexual é mais fácil de um homem conversar algumas questões" (Entrevista - S1 - homem).

Além da identificação de acordo com o sexo, os profissionais fazem uma nítida separação entre o universo feminino e masculino. Do universo feminino fazem parte a menstruação, os cuidados com a beleza, a alimentação, o auto cuidado, a

higiene e a estética. Diferentemente, o universo masculino relaciona-se à agressividade e à sexualidade.

"Um caso que a usuária virou mocinha e ela precisava conversar com alguém, mandaram eu conversar com ela, só que ela falou que não queria contar pra mim, que era coisa de menina e não de menino" (Entrevista - S4.1 - homem).

"O que a gente foi fazendo com ele aqui trazia muito desse cuidado delicado e a gente fazia o que tem a ver com o feminino: um bolo, o primeiro dia que ele veio aqui, depois... ele já tinha passado e ano passado e voltou, e pensamos o que tem a ver com a nutrição, da comida, a gente pensou que pegar ele por aí seria uma coisa interessante e foi" (Entrevista - S3 - mulher).

"Tem uma oficina que o pessoal faz no salão de beleza, mas é muito mais voltado pras meninas, pro feminino, entendeu, acho que é até uma coisa que a gente podia refletir com a equipe. Tudo que é ofertado é muito feminino (...) fazer unha, chapinha, lavar a cabeça, fazer escova, então, a gente poderia pensar algo para os meninos também" (Entrevista - S23.1- mulher).

"A questão dos meninos, a gente percebe a questão da agressividade é muito mais forte, de querer bater, de querer esmurrar, sabe?" (Entrevista - S1 - homem).

Novamente percebe-se o forte binarismo em que o universo feminino e o masculino são caracterizados seguindo estereótipos sociais e os profissionais do sexo feminino seriam mais aptos a lidar com as meninas por pertencer a esse universo e os profissionais do sexo masculino estariam mais aptos a lidar com o universo masculino. Dentro dessa lógica, há nitidamente uma exclusão da diferença: meninos com homens e meninas com mulheres.

No contexto da sexualização institucional, com forte ênfase em um processo identificatório da dinâmica e da estrutura institucional com o gênero feminino, abordaremos aqui um aspecto bastante comum no plano dos diversos equipamentos sociais que é a violência sexual, que envolve a violência de gênero. Tratam-se de falas dos profissionais acerca das queixas ou dos relatos dos usuários ou familiares. Assim, o abuso sexual é relatado ocorrer mais frequentemente com meninas e por parte de pessoas do sexo masculino, principalmente familiares. Esse problema é bastante presente, principalmente no CAPSi 2.

"E acho que por essa questão, que as meninas que vem pra cá, a maioria delas vai além, tem essa psicose, ou transtorno alimentar e outras desenvolveram alguma coisa, algum sofrimento psicológico devido a uma violência sofrida em casa ou aquela extra familiar e intra familiar, violência sexual, meninas sofrem mais, não que não tenha menino, mas a maioria é menina" (Entrevista - S3.1 - homem).

"A questão da minha presença com as adolescentes, as meninas, tem muitas meninas que foram abusadas na maioria dos casos são homens os abusadores, né, então, ela acaba recriando a presença do abusador na presença do profissional masculino" (Entrevista - S1 - homem).

"Mas, isso está ficando cada vez mais próximo um do outro, a gente encontra fenômenos aqui de mães que foram abusadas, que tem filhas que foram abusadas e que cuidam dos filhos e como se isso fosse algo natural, como se não tivesse nenhuma indignação por conta disso, certa indiferença, achar que é assim mesmo, que é um jeito de cuidar muito ruim. Eu vivia muito essa questão referente a sexualidade ou abusos e violência, mas existe com meninos também, mesmo a sexual, tá? É que com menina é sempre um número maior e me chama a atenção o comportamento das mães que é meio de aceitar, muito de aceitar, entendeu? Eu - E você acha que o pai tem outra postura? Então, eu não tenho como te comprovar isso, mas geralmente são pais muito inoperantes que não tem lugar na família, voz na família, ou que estão sem lugar há muito tempo, que já não estão mais, quando não são o próprio abusador que nega, mas é ele o abusador. Então, esse tipo de comportamento existe e talvez tenha a ver com gênero, abuso sexual tem a ver com gênero e a mulher aceitar" (Entrevista - S23.1 - mulher).

Além do abuso sexual, há outros relatos que revelam alguns tipos de violência de gênero em relação às mulheres ainda quando são crianças e adolescentes, como o lugar do feminino na sociedade em que as mulheres não são reconhecidas como sujeito, não tem voz, não podem se responsabilizar por si e não tem autonomia. Essa realidade fica evidente quando os pais diferenciam o cuidado dos filhos meninos e das filhas meninas:

"Sujeito 4 - Mas as preocupações com as saídas não estão atreladas às questões de saúde mental, mas de gênero, é uma menina, não pode sair para lugar nenhum, ela não é reconhecida como um sujeito. Sujeito 1 - É uma menina e como todas as meninas são fáceis demais, meninas são seres que se chamarem na esquina vão sair, fazer sexo, algumas mulheres já devem ter ouvido isso, que na cabeça do homem se você não quer sair com ele é porque está saindo com outro. No caso da usuária A ela não tem crítica e fica realmente vulnerável e estamos trabalhando pra ela desenvolver essa crítica e se desenvolver nesse sentido, não fazer nada que ela não queira (...) Sujeito 1 - Também tem isso, o pai coloca isso que a vulnerabilidade da A é

porque ela é menina e pode engravidar e quem vai se responsabilizar por isso? Essa é a única coisa que o pai diz que está preocupado. (...) Sujeito 4 - O pai só consegue enxergar porque é uma menina, pode ter a questão da gravidez (...) Sujeito 1 - Ele veio um dia com o filho mais velho e esse menino toma conta dela, mas fico pensando nas questões de gênero como a gente reforça o machismo, porque ela é a menina, então não pode sair" (GF - CAPSi 2 - 1o encontro).

No trecho acima é interessante que em determinado momento os profissionais tomam consciência de que eles corroboram com esse lugar que a família põe a menina, que é o lugar do feminino, que precisa ser protegido e que não tem voz ou autonomia. Essa tomada de consciência pode ser o início de um processo de mudança.

A discussão sobre o lugar social do feminino na posição de objeto é realizada no capítulo 2, em que se indica que para FREUD (1932) a posição passiva faria parte do psiquismo de todo ser humano antes da aquisição da linguagem. Ao entrar na linguagem o ser humano passaria a perceber as diferenças entre os gêneros e a ser sujeito desejante, portanto, a existência dos gêneros passa a existir apenas na aquisição da linguagem. A partir de então, inicia-se na criança o processo de construção da identidade sexual e o modelo do objeto a ser desejado (o gênero e a sexualidade), o que pode ou não corresponder ao sexo biológico do indivíduo. O processo de constituição da identidade e de passar de objeto para sujeito é gradual, não se dá completamente ao se adquirir a linguagem, e algumas pessoas podem passar a vida toda na posição de objeto.

Assim, na teoria freudiana biologicamente não nascemos com nossa identidade sexual tão pouco com nosso desejo definidos, mas somos moldados a partir de nosso desenvolvimento psíquico que é construído culturalmente de forma que ao órgão sexual feminino é atribuída uma condição faltante ou passiva e ao órgão sexual masculino é atribuído o poder de preencher o desejo materno, de ser o falo ou o sujeito ativo.

Portanto, a condição feminina está socialmente relacionada à posição de objeto de desejo do outro e a masculina de sujeito desejante, concomitantemente, para a psicanálise, o psicótico ou o louco não teria passado para posição de sujeito. Assim, a posição da mulher seria análoga à posição do louco.

Diante disso, a proposta da Reforma Psiquiátrica de que o portador de problemas de saúde mental ganhe voz e fale de si, torna-se ainda mais desafiadora, nesse ambiente feminino que são os CAPSi.

6.6.2. AS PATOLOGIAS FEMININAS E MASCULINAS

Os transtornos que as crianças e adolescentes usuários de CAPSi apresentam variam de acordo com o sexo, segundo os profissionais. As meninas apresentam problemas ligados à alimentação, auto flagelo e os meninos apresentam problemas relacionados à conduta, uso de álcool e outras drogas e autismo.

"Eu não sei se os outros diagnósticos, por exemplo, se a gente for pensar nessa questão dos cortes, são mais meninas, que tem, se você for ver nos grupos de adolescentes, eu tenho um grupo de adolescentes que é só menina (...) Eu acho que o autismo é mais meninos" (Entrevista - S3 - mulher).

"Então, tem realmente algumas questões que é específico, que a gente percebe que é específico da questão do feminino e masculino, por exemplo, os casos de anorexia, alguns casos que eu já pensei aqui de crianças que se cortam, as meninas que se cortam, border-line, que a forma de elas demonstrarem o sofrimento através do corte tal ou não comendo ou comendo e vomitando... Então, a gente percebe que nas meninas é muito mais forte essa questão que nos meninos, eu não atendi nenhum caso de meninos que se cortam" (Entrevista - S1 - homem).

"A gente atende bastante autistas e realmente tem mais autistas homens que meninas e se for analisar tem mais meninas com caso de border-line que se corta que meninos, tem mais meninos com depressão que meninas" (Entrevista - S1.2 - homem).

"E acho que por essa questão, que as meninas que vem pra cá, a maioria delas vai além, tem essa psicose, ou transtorno alimentar" (Entrevista - S3.1 - homem).

"O autismo a gente sabe que é mais comum em meninos, então, eu acho que tem a ver com isso, pelo diagnóstico de autismo" (Entrevista - S3 - mulher).

"Então, o que eu observo é que tem muitos meninos que são autistas, que eu observo que chegam pra gente como autista, eu não sei se vão evoluir para psicose, mas chegam pra gente como autistas" (Entrevista - S9.1- mulher).

"O que dá para perceber é que as meninas na fase da adolescência apresentam muito auto mutilação e os meninos apresentam muito pouco, que é um comportamento que é uma forma de externar algo e os meninos, eu não saberia dizer o que estaria em contraponto nos meninos, mas é mais em menina adolescente" (Entrevista - S23.1- mulher).

Esse aspecto, corrobora com os resultados encontrado a partir da análise de evocações em que no QUADRO 3 observa-se que diante do estímulo: "transtornos mentais em meninas" as palavras que aparecem na centralidade são: "auto-mutilação" e "preocupação com imagem"; na 1a periferia aparece a palavra "anorexia"; na 2a periferia "baixa auto-estima". E diante do termo indutor "transtornos mentais em meninos" na centralidade estão as palavras: "agressividade" e "autismo"; na 1a periferia "drogas" e transtorno de conduta". Percebe-se que a palavra "perdidos" aparece apenas diante do termo indutor "transtornos mentais em meninos".

Assim, os principais transtornos em meninas citados pelos profissionais nas entrevistas e que aparecem na análise de evocações são bastante distintos dos principais transtornos em meninos. Pode-se dizer que os principais transtornos em meninas (anorexia, auto-mutilação, preocupação com imagem e baixa auto-estima) são mais direcionados à auto-destruição, voltados ao próprio corpo ou imagem corporal. Enquanto os transtornos em meninos (agressividade, drogas, transtorno de conduta e autismo) são mais voltados ao mundo externo, com exceção do autismo.

Pode-se aventar que a forma do sofrimento se manifestar também obedece à uma lógica relacionada aos padrões sociais de gênero. O lugar social das meninas é mais dentro de casa, desse modo, a forma de manifestar o sofrimento é mais dentro de si. O lugar social do homem é no mundo, nas relações, no espaço público, assim suas patologias se manifestam nos relacionamentos, nas condutas sociais, no uso de substâncias externas. Assim, justifica-se a palavra "perdido" aparecer apenas

diante do termo indutor "transtornos mentais em meninos", uma vez que as meninas já seriam por sua condição de mulher sem lugar na sociedade, enquanto os meninos, que deveriam estar inseridos, quando não estão, são classificados como perdidos.

Nesse sentido, SANTOS (2009) aponta que o adoecimento psíquico é determinado de acordo com o gênero: sendo o adoecimento feminino estreitamente relacionado ao problema da violência contra as mulheres e a questão da repressão sexual. E o adoecimento masculino associado a uma ruptura, a sua exclusão do espaço público. Corroborando ENGEL (1997) indica que a sexualidade feminina, a partir do século XIX, conduzia as mulheres a serem diagnosticadas com problemas de saúde mental, enquanto os desvios atribuídos às pessoas do sexo masculino eram em relação aos papéis sociais (como o papel de trabalhador e provedor) e seus distúrbios mentais estariam relacionados à recusa de incorporar esses papéis. Portanto, essa construção das patologias é histórica.

Há outros resultados interessantes que aparecem na análise de evocações, no QUADRO 3 observa-se que diante do termo indutor "transtornos em meninas" aparecem, nas 1a e 2a periferias, as palavras: "problemas relacionais" e "relação com a mãe". Enquanto, diante do estímulo: "transtornos em meninos" nada aparece nesse sentido relacional.

Novamente, pode-se pensar que isso ocorra pelo fato do lugar social dos homens ser no espaço extra-doméstico e, conseqüentemente, de maior e mais diversificadas trocas sociais e, portanto, seus problemas de saúde mental se darem, naturalmente, no âmbito dos relacionamentos. Outra possibilidade é que o autismo, que está entre as palavras mais citadas diante do termo indutor "transtornos mentais em meninos" e se encontra na centralidade seja a patologia que envolve todos os problemas relacionais de meninos. Diversos profissionais se referem ao autismo como um transtorno típico de meninos e essa palavra não é mencionada diante do termo indutor "transtornos mentais em meninas". De fato, epidemiologicamente a incidência do autismo é muito maior em meninos que em meninas, mas isso não o faz exclusivo do sexo masculino.

Ainda de acordo com a análise de evocações apresentada no QUADRO 3 pode-se observar que a palavra: "atenção-histéricas" que significa que as meninas chamam a atenção pela histeria, aparece na primeira periferia e na TABELA 5 nota-se que essa palavra é proporcionalmente mais citada por profissionais do sexo masculino. Portanto, até hoje, principalmente os profissionais do sexo masculino, associam a histeria à loucura feminina, sendo que essa forma das mulheres externalizarem seu sofrimento é uma construção social e histórica que já poderia ter sido superada.

De acordo com ENGEL (1997), no século XIX, a histeria foi incorporada ao mundo da loucura e às doenças mentais, sendo sempre associada ao corpo da mulher e à sexualidade feminina, chegando a ser classificada, na antiguidade, como uma moléstia em que o útero seria a sede ou uma neurose dos órgãos genitais femininos. Essa relação entre a sexualidade feminina e as patologias mentais será mais discutida no sub-item a seguir.

6.6.3. COMO OS PROFISSIONAIS EXPLICAM O FATO DE HAVER MAIS MENINOS QUE MENINAS EM CAPSi E O FATO DOS MENINOS CHEGAREM MAIS NOVOS QUE AS MENINAS

Diversas pesquisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2005; REIS et al., 2012; SARACENO, 2001) indicam haver mais meninos que meninas em CAPSi, sendo que os meninos chegam mais novos que as meninas. Essa realidade está de acordo com os relatos dos profissionais entrevistados e com a proporção de meninos e meninas nos CAPSi pesquisados: no CAPSi 1 havia 314 meninos e 133 meninas em abril de 2015 e no CAPSi 2 estima-se que a população de usuários seja

na proporção 70% de meninos e 30% de meninas (foi realizada uma estimativa porque os dados que existiam não estavam atualizados).

"Sujeito 5 - Se eu pegar minha lista de 50 acho que é isso também, eu tinha uma lista de 80 que tinha 20 meninas. Sujeito 5 - E o tipo, o perfil das meninas que eu atendo são mais velhas, adolescentes e tem uma questão de se cortar, são outras questões, não estão nesse nível elementar. Os meninos que estão chegando têm 2 anos, 3 anos, não falam, é uma outra coisa" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

"Sujeito 2 - Acho que a maior idade de meninas é na adolescência e de crianças mesmo, crianças que não conseguem adquirir linguagem são meninos a maioria. Sujeito 5 - Meio que uma extensão do discurso da mãe, tipo, você não vê: eu quero outra coisa, não quero comer esse bife. E as meninas que chegam adolescentes já tem outro perfil, tem uma autonomia maior" (GF - CAPSi 1 - 2o encontro).

"A gente atende bastante autistas e realmente tem mais autistas homens que meninas e se for analisar" (Entrevista - S1 - homem).

"Sim, por causa do autismo, também. Então, se a gente separar as crianças vai ter mais meninos por causa do autismo, só por causa do autismo mesmo e nos adolescentes aqui tem mais meninas, bastante meninas, muitas" (Entrevistas - S3.1 - homem).

"Eu acho que nesse caso é por conta do autismo que afeta mais os meninos" (Entrevista - S1.2 - homem).

"Hoje chega, ele chegou para atendimento com 3 anos de idade, mas hoje chegam mais nessa faixa etária, na época, em 97... mas hoje chegam crianças mais novas, na época não. Era muito comum as crianças chegarem para começar algum tipo de atendimento, os mais novos chegavam com 7 anos que era a faixa etária de entrar na escola e a escola detectava alguma coisa" (Entrevista - S14 - mulher).

Observa-se que ao ser solicitado que os profissionais procurem fazer hipóteses sobre as possíveis razões sobre o fato de haver mais meninas que meninos e o fato dos meninos chegarem aos CAPSi mais novos que as meninas, eles as fazem de diversas formas. Uma delas é por haver mais meninos autistas que meninas. Muitos profissionais acreditam haver uma propensão genética nos meninos a desenvolver autismo, enquanto as meninas enlouqueceriam na adolescência devido aos hormônios:

"Não sei se menina tem uma questão hormonal e quando chega na adolescência tem essa questão. Agora, o por que dos meninos... chegam muitos meninos autista e autistas mesmo, então, assim, eu não sei, mas chegam muitos, muitos, muitos, a gente tem grupos só de meninos e poucas meninas, uma menina e 4 meninos, ou só meninos, não sei, agora meninas quando a gente vê que chega, normalmente, quando chega na adolescência não é autista, não chegam autistas" (Entrevista - S9.1 - mulher).

"As meninas vêm mais por surto e os meninos por transtorno mesmo que já nasce e a menina no decorrer da vida desencadeia. Eu - Você acha que o menino nasce louco e a menina fica louca? Sim. Eu - por quê? Sei lá, você disse que pode ser uma viagem, não sei, às vezes por hormônios, não sei" (Entrevista - S4.1 - homem).

"O profissional considera que por eu ser homem eu tenho aquele transtorno e pronto e eu não abro pra outras possibilidades, mas existem transtornos que são mais acometidos pelos meninos que pelas meninas, o autismo mesmo está mais pros meninos, a depressão está mais pras meninas, e assim vai e acho que tem a ver muito com a questão orgânica, biológica, mas eu acho que tem meninos, eu estou falando de achar mesmo, que os meninos tem mais transtornos de conduta que as meninas, porque são meninos e os meninos são mais agressivos e as meninas são mais calminhas, mais delicadas, então, eu fico nesses achismos" (Entrevista - S3.1 - homem).

"Risos, tinha uma médica que trabalhava aqui que dizia que a questão era genética. Eu - Mas como, todos os seres vêm de um homem e de uma mulher, né? Era engraçado e a gente fazia isso pra provocar um outro profissional, porque são poucos homens, então, em uma roda com várias mulheres, bom, como a gente pode pensar nisso... mas sabe que recentemente eu fui numa atualização e estava falando um pouco disso e um dos profissionais disse que tem a ver sim com alguma coisa genética, no sentido de... sei lá! eu nunca entendi direito, mas o que entendi foi mais ou menos isso: que as mulheres são mais fortes desde a genética de algum jeito, e foi falado um pouco das diferenças, como a mulher vai se organizando e como o homem se organiza. Mas não falou muito da questão do social...do peso... ele foi falando mais do genético e não dá pra não considerar que não tenha influência cultural" (Entrevista - S14 - mulher).

"Nossa, eu já tentei pensar tanto sobre isso... li, mas não sei te dizer se hoje eu tenho...acho que na minha opinião de tudo que eu já vi e li acho que tem fatores genéticos implicados" (Entrevista - S19 - mulher).

"São vários fatores, os meninos, os autista não sei se é uma parte genética...é... e as meninas adolescentes, eu acho que são os fatores ambientais, de quase todos de relacionamento, né, do ambiente, tudo isso eu acho que chega mais rápido, pelo que vejo aqui no CAPS, é que você não viu as meninas daqui ainda" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Não, eu não consigo ver isso, eu nunca parei para pensar isso não. Não sei, esses dias minha filha estava dizendo, mãe, porque não existe down negro e você sabe que nunca parei para pensar nisso, mas você está me trazendo a memória coisas que são verdade, é raro você ver um down negro, você vê muito branquinho, e eu não sei porque, só deus pode responder, a coisa do autismo não sei te falar, se existe algo genético o psiquiatra talvez saiba, eu pulo, essa pergunta eu pulo" (Entrevista - S18.1- mulher).

"Não dá para falar nada, porque eles tem esse problema antes do juízo de ser menino ou menina, isso é uma questão genética que eu não poderia entrar, porque antes do juízo de ser menino ou menina eles já apresentam aquele problema" (Entrevista - S1.2 - homem).

As questões genéticas ou orgânicas estão fortemente presentes nas justificativas dos profissionais, embora também apontem a relevância das influências ambientais na constituição dos problemas de saúde mental:

"Eu vejo isso de forma social, é uma diferenciação que se dá e um peso que se dá no olhar a menina com transtornos mentais. A não ser com uma coisa pontual, uma síndrome de RET que acomete principalmente meninos, algumas coisas mais pontuais, as depressões, tendência ao suicídio, nesse patamar clínico e pesquisas de incidência, permanência. De fato, do contato direto, acho que entra muito das questões culturais, morais, mas não intrinsecamente pelo fato de ser menino ou menina. Por exemplo, as depressões, que tem mais meninas, acho que por fatores culturais, depreciativo, que leva a diminuir a estima, exigências estéticas, a posição da mulher, mas não que seja intrínseco do jeito, biológico" (Entrevista - S17.1 - homem).

De acordo com a literatura e com os relatos acima, a maior parte das meninas que chegam aos CAPSi estão com uma idade mais próxima à adolescência, observa-se que os profissionais justificam essa tendência por uma propensão hormonal feminina a desenvolver problemas de saúde mental, que portanto, se desenvolveria na puberdade.

Conforme citado no capítulo II, ENGEL (1997) indica que desde o Século XIX o corpo da mulher, principalmente seu aparelho genital, era considerado pelos alienistas predisposto a doenças mentais. Para ROHDEN (2010) a ginecologia teve um papel fundamental nessa construção, uma vez que é a especialidade médica que se constitui relacionando órgãos genitais, sexualidade feminina, doenças mentais e tratamentos.

Dessa forma, a justificativa dos profissionais para essa diferença de idade em que as meninas e meninos chegam aos CAPSi estão carregadas de preconceitos históricos e culturais e, de forma alguma corresponde às questões orgânicas reais. Não nega-se assim a possibilidade dos problemas de saúde mental terem influências genéticas ou orgânicas, no entanto, isso se daria da mesma forma para meninos e meninas e não respeitaria a lógica de padrões sociais e históricos para cada sexo.

Outra explicação sugerida pelos profissionais por haver mais meninos que meninas nos serviços é o fato dos meninos chegarem antes que as meninas, é referente às expectativas dos cuidadores ser diferente dependendo do sexo da criança e do adolescente, direcionando-se assim à uma explicação mais ambiental dessas diferenças.

Segundo os profissionais, espera-se socialmente que as meninas sejam mais quietas e que os meninos sejam mais agitados, então as meninas não chamam a atenção dos cuidadores quando manifestam algum problema de saúde mental, elas não incomodam. Assim, os adultos responsáveis vão levando a situação até se tornar muito crítica, enquanto os meninos chamam mais atenção e assim, acabam sendo levados logo quando algum sintoma se manifesta.

"Sim, porque ele incomoda mais que a menina, ele dá mais trabalho, na escola ele é mais percebido que a menina, porque, por exemplo, uma menina com autismo, um exemplo, que tenha dificuldade na relação social, mas tem um bom contato visual, tem algumas coisas do espectro, ninguém vai chamar atenção se ela ficar quietinha e não procurar ninguém, porque muitas meninas tem essa característica de ficar quietinha, de se isolar, porque é delas, uma introspecção, agora se o menino tem esse comportamento chama a atenção, como assim, esse menino não está correndo pela sala, talvez por isso, não sei, é o que você disse, estou dando uma viagem" (Entrevista - S22 - homem).

"Então, e nas meninas, pelo que vejo aqui, as meninas autistas são menos meninas e quando elas chegam, chegam muito mais graves, quando chegam meninas autistas elas são geralmente mais graves e o que acontece também é quando chega adolescente, mas chega em surto psicótico, em quadro mais esquizofrenia, é o que mais vejo, o que sempre vi em minha experiência" (Entrevista - S9.1- mulher).

"Olha, eu acho que aí a manifestação de sintoma talvez seja diferente, apesar de a tendência é ir aproximando, mas é mais fácil ver meninos que meninas com distúrbio de comportamento, apesar que elas também tenham, mas é menor a quantidade e isso chama muito atenção, as escolas acabam mandando, as famílias acabam tolerando menos, então, chega por um comportamento muito estereotipado, externalizado e as meninas, se não tem esse comportamento externalizado não chega" (Entrevista - S23.1- mulher).

"Eu tenho uma hipótese que é assim: na psiquiatria infantil, o outro que leva você pro atendimento, então, é muito uma questão, na verdade, do trabalho que você dá pro outro, porque você é agressivo, você não dorme, você xinga, tem uma coisa muito mais relacionada a psiquiatria como controle social, e muito mais forte isso, se tem uma expectativa enorme da psiquiatria como controle social. Na psiquiatria do adulto, na verdade e isso, você vai buscar, então, as mulheres são mais introspectivas, são mais atentas aos sentimentos, então, não é problema do outro (...) O outro não te leva pro atendimento por questões de sua subjetividade, o outro te leva pro atendimento porque você enche o saco dele, agora, se eu encho o saco do outro, eu não vou procurar um atendimento de saúde mental, eu vou procurar um atendimento de saúde mental por questões minhas, eu levo em conta a minha subjetividade e acho que tem um pouco a ver do porque essa diferença da prevalência de meninos e meninas, sabe" (Entrevista - S27 - homem).

Os profissionais apontam também que a expectativa dos familiares em relação aos meninos é maior que em relação às meninas, de forma que quando algo não vai bem com um menino logo chama a atenção e com uma menina se há algo estranho pode ser naturalizado como a própria condição da mulher e não ser procurado um tratamento. Nesse sentido, para ENGEL (1997) a partir do século XIX a inferioridade (psicológica, intelectual e física) da mulher era explicada pelos médicos como uma realidade do próprio corpo.

"Não sei se é uma questão genética, orgânica ou se a sociedade está cobrando muito de pessoas do gênero masculino e alguns estão se apresentando sem estrutura e estão pendendo pro lado dos transtornos" (Entrevista - S7 - mulher).

"Tenho dado uma refletida, que talvez tenha a ver com o gênero, até pela tensão, a questão do masculino, que tem que ser perfeito que é o provedor" (Entrevista - S17.1 - homem).

"Eu gosto dessa palavra, delicadeza, sabe, que não é muito comum e muitas pessoas infelizmente, mesmo quem tá na saúde, na educação, infelizmente não está muito em muitos homens, não sei se é porque não pode aparecer, sei lá" (Entrevista - S14 - mulher).

"Acho que talvez porque o menino chama mais atenção, o que você espera de um menino? Menino, vai jogar bola, vai ser bravo, então, você percebe mais, fica mais claro que aquilo não está funcionando direito na expectativa social e a menina não, é assim, porque ela é quieta, a não ser que seja um comportamento muito avesso, né! Se coloque em risco, mas chama muita atenção e vão fazer alguma coisa, mas quando não chama atenção, aí é o jeito dela, vai passando, acho que é essa a pergunta, quando é menino, se tem alguma desordem, chama mais atenção que das meninas" (Entrevista - S3 - mulher).

"Tem diferença no que diz respeito a expectativa, sabe? Não sei se eu sou clara, qual a expectativa que eu tenho pra um menino e que não está atingindo minha expectativa como filho homem, qual a expectativa que tenho em uma filha menina e se ela não tá atingindo essa expectativa, acho que tem essa diferença a partir de ser menino ou menina" (Entrevista - S3 - mulher).

Os profissionais acreditam ainda que pelo fato das meninas chamarem menos atenção e serem levadas para o tratamento mais tarde que os meninos, elas chegam em estados mais graves ou mais avançados dos problemas, o que é ruim, uma vez que quanto antes tiver uma intervenção melhor o prognóstico:

"Os quadros graves psicóticos, principalmente da esquizofrenia começam na fase da adolescência, então, você interferir agora é muito mais interessante que interferir quando você já é adulto e eu trabalho com adultos psicóticos, então, você pega muitos anos já de doença e fica sempre mais complicado" (Entrevista - S18 - homem).

"Então, se a gente interfere precocemente ele vai ter um ganho melhor no futuro, que é diferente do adulto, a gente vai acompanhando o desenvolvimento dele e a intervenção agora é muito importante para ter isso, pra ter ganhos na frente" (Entrevista - S1 - homem).

"E aí eu acho que o CAPS infantil deve ser um período de transição, não pode permanecer muito tempo, rever isso sempre, porque é um período de maturação do desenvolvimento e quanto mais cedo a gente conseguir melhor (Entrevista - S19 - mulher).

Portanto, as justificativas dos profissionais pelo fato de haver mais meninos que meninas nos CAPSi e pelas meninas chegarem mais tarde que os meninos são baseadas tanto em concepções orgânicas, que associa a loucura feminina aos hormônios e a masculina à genética, como em concepções ambientais, relacionada às expectativas sociais dos adultos (profissionais e familiares) em relação a cada

sexo. De qualquer forma, a naturalização da loucura feminina no próprio corpo está presente no relato dos profissionais de CAPSi, revelando o quanto ainda estamos presos à estereótipos e preconceitos de gênero construídos desde o século XIX, com forte apoio da medicina.

6.6.4. INFLUÊNCIAS DE GÊNERO NA FORMA COMO OS PROFISSIONAIS LIDAM COM OS USUÁRIOS DE CADA SEXO

Os profissionais de CAPSi não compartilham a mesma opinião em relação às influências do sexo do usuário no tratamento oferecido. Para alguns profissionais há diferenças na maneira de lidar com meninos e meninas e com seus respectivos familiares e apontam diferenças nas brincadeiras, na abordagem, no processo de tratamento em geral, bem como nas expectativas em relação às crianças e adolescentes de cada sexo.

"A gente dá brincadeiras diferentes, isso diferencia sim. Acho que tem uma coisa de valor, menina vai brincar com isso, menino vai brincar com aquilo e algumas crianças já vêm com isso muito forte" (Entrevista - S9.1- mulher).

"Não, tratar diferente não, não acontece, mas vai abordar diferente dependendo do caso, então, caso a caso, então, é abordar, de repente eu estou aqui abordando a parte de sexualidade e a gente faz isso em grupo misto, masculino e feminino, então, a gente aborda do mesmo jeito, mas tem coisas que eu não posso abordar muito, tem meninas mais tímidas, eu estou lembrando de alguns que a gente pega e separa, então, depende do tema que é abordado, como vai conduzir, se vai falar abertamente" (Entrevista - S13.1 - mulher).

"Sim, acho que sim. Acho que na verdade, porque na vida, você vai repetir aquilo que você faz na vida e isso, assim, a gente tem expectativas diferentes em relação ao homem e à mulher e você traz isso pro seu trabalho, eu acho,

“você tem expectativas diferentes e acho que você traz pra cá, não acho que é uma questão de ordem técnica, eu acho que você traz da vida pra cá, você não consegue suspender isso” (Entrevista - S27- homem).

“Acho que um pouco, não acho que é uma coisa gritante, mas eu acho que no desenvolvimento os meninos às vezes são mais demorados pra umas coisas e as meninas são mais ligeiras, até por essa coisa da mulher que faz um monte de coisas junto, acho que as meninas são mais ligeiras, não sei se isso influencia, não sei, nunca parei pra pensar nisso, mas acho que pelo desenvolvimento, pela diferença de desenvolvimento de homens e mulheres, acho que na avaliação tem a ver, o menino demora um pouco mais pra andar, às vezes, normalmente, e as meninas andam mais rápido, são mais atentas ao que está acontecendo, os meninos se você deixar ficam só ali naquele brinquedo, acho que mais com a característica de desenvolvimento de cada um, mas acho que tem que levar em conta, não sei se é porque é menina ou menino, considera-se que as meninas são mais ligeiras, mais espertas, então, isso e os meninos demoram mais, não sei” (Entrevista - S3 - mulher).

“Sim, pra todas as faixas etárias é uma preocupação maior quando é feminino. Por conta do cuidado, sempre, mas ainda se tem na cabeça que se tem que tomar mais cuidado com a mulher, talvez pela questão emocional, afeta muito mais a mulher, então, por conta disso se cuida melhor dela. Eu - E você acha que isso influencia nos profissionais? Sim, eles vinculam mais a família quando é mulher” (Entrevista - S1.2 - homem).

Outros profissionais dizem que essas diferenciações a partir do sexo do usuário não ocorrem:

“Olha, eu acho que não. Eu não acho que é pelo sexo. Eu acho que é pela questão pessoal, eu acho que isso define, mais o pessoal que o gênero, às vezes acho que tem pessoas que são mais duras, elas são duras por elas e não pelo gênero e acho que isso reflete no trabalho, são flexíveis, então, eu acho que a forma como a pessoa vai dirigir um caso, acompanhar uma situação acho que vai carregar bastante esse funcionamento pessoal, acho que é mais o pessoal que o gênero, depois você vê, pode ser um homem, mas ele é tão delicado, às vezes até mais que uma profissional mulher, então, a história de vida, as experiências pessoais, na minha visão aqui, acho que é o que marca” (Entrevista - S3 - mulher).

“Não acho que tenha diferença. Acho que o tratamento é igual independente do sexo e da idade” (Entrevista - S7 - mulher).

“Não... o que eu percebo mais assim, acho que não é feminino ou masculino, mas acho que a idade influencia, acho que quando é muito pequenininho, aí que bonitinho! Acho que tem isso, eu percebo na faixa etária, não se é menino ou menina, e se vem arrumadinho, cheirosinho, não tem como, sabe! aquelas meninas pequeninhas cheias de lacinho, não tem como, daí eu

percebo a diferença. Agora se é menino ou menina, não" (Entrevista - S14 - mulher).

"Não, acho que não, eu não percebo essa diferença entre homens e mulheres, claro que cada um tem um estilo, tem uma linha de atendimento, mas eu não vejo diferença pelo sexo" (Entrevista - S22 - homem).

"Não, por eu ser homem não (...) Só por conta do sexo não" (Entrevista - S1.2 - homem).

No processo de realização dos formulários observou-se que diversos profissionais, diante dos termos indutores: "cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" e "cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" citaram palavras completamente diferentes. No entanto, diante dos termos indutores "cuidado profissional de meninas com transtornos mentais" e "cuidado profissional de meninos com transtornos mentais", citam as mesmas palavras. Ao longo da aplicação dos formulários notou-se que o termo indutor "cuidado profissional" era relacionado à experiência profissional do entrevistado, portanto, diante de suas vivências pessoais eles não acreditam haver diferenças no cuidado de meninas e meninos, mas observando outras pessoas no trato de crianças e adolescentes conseguem observar essas diferenças.

Isso pode se dar devido a certa dificuldade de auto percepção dos profissionais em sua conduta, uma vez que ao serem questionados sobre a conduta de terceiros em relação aos usuários de diferentes sexos dizem haver diferenças, mas não em relação a suas próprias condutas. Essa realidade fica bastante evidente no relato a seguir, em que o profissional consegue perceber diferenças no tratamento de outros profissionais a partir do gênero dos usuários, mas em sua mini equipe ou em sua conduta não percebe essas diferenciações:

"Em relação à minha mini equipe a gente é muito bacana em relação a isso, então, a gente não fazia diferenciação se era menino ou menina. Mas, pensando em geral, às vezes tem a questão sim, já vi orientações assim, mas ele é um menino, ele tem que fazer isso, ele pode fazer isso e já vi também: mas é uma menina, você tem que tomar cuidado, coisas desse tipo" (Entrevista - S3.1 – homem).

No QUADRO 2 observa-se que diante dos termos indutores: "cuidado profissional de meninas com transtornos mentais" e "cuidado profissional de meninos com transtornos mentais" aparecem em comum as palavras: "acolhimento", "escuta" e "higiene", sendo que a palavra "escuta" é citada apenas por profissionais mulheres em ambos os casos (TABELAS 4 e 5). A palavra "escuta" também é citada apenas por mulheres diante dos termos indutores "cuidado feminino e cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais" (TABELAS 1 e 2). Reafirma-se assim, a hipótese de que essa é uma palavra e uma característica do cuidado de profissionais do sexo feminino que aventamos ser devido ao fato das mulheres terem um olhar mais detalhado e menos objetivo quando comparado ao olhar dos profissionais homens.

No QUADRO 2 observa-se também que a palavra "regra" é a única palavra que não se repete diante do termo indutor "cuidado profissional de meninos com transtornos mentais" e "cuidado profissional de meninas com transtornos mentais". Nas TABELAS 3 e 4 pode-se notar que essa palavra é citada apenas por mulheres, assim como a palavra "limites".

Assim, as profissionais mulheres consideram importante as regras e limites no "cuidado de meninos" e não no "cuidado de meninas". Pode-se aventar que as profissionais mulheres não se sentem capazes de estabelecer regras e limites, o que pode ocorrer por atribuírem aos homens esse papel e não a si próprias. Assim, haveria uma necessidade das mulheres se apoderarem de características vistas socialmente apenas como do sexo masculino. É interessante que elas mencionam essas palavras apenas diante do termo indutor "cuidado de meninos" e não diante de "cuidado de meninas", pode-se pensar que diante dos meninos as profissionais mulheres não conseguem impor respeito e estabelecer regras e limites, portanto, diante do phallo, as profissionais mulheres se sentem mais enfraquecidas, independente se é uma criança, um adolescente ou um adulto a pessoa do sexo masculino que está diante dela.

Em relação às influências do gênero dos usuários na elaboração do diagnóstico os profissionais também não compartilham a mesma opinião. Enquanto

alguns profissionais relatam que o sexo dos usuários influencia no processo de elaboração diagnóstica, outros acreditam que se deve estar atento para os estereótipos masculinos e femininos não influenciarem, e ainda alguns profissionais negam qualquer influência:

"Eu observo com relação a determinados sintomas e diagnósticos, diferenças gritantes e díspares das equipes" (Entrevista - S23.1 - mulher).

"Do sexo do usuário influenciar a decisão diagnóstica que eu tomo sim, pode, isso é um risco de todos nós, acho que sim (...) Por exemplo, acho que a gente tem que tomar cuidado com isso, a mulher é histérica, o homem psicopata, então, não facilmente taxar dessa forma, evitar, tomar cuidado, acho que o rótulo às vezes pode servir, pode. Mas acho que assim, evitar ser precipitado nisso, partindo do sexo masculino, sexo feminino, acho que a gente tem que tomar cuidado com isso e acho que tem que ficar alerta com seus preconceitos, expectativas, acho que é isso" (Entrevista - S1.2 - homem).

"Olha, que eu já vi, às vezes acontece de ter uma patologia que acaba sendo mais pra menina ou menino, mas assim, hoje eu até falei a patologia é importante, mas não é, não é isso que a gente está vendo aqui, estamos vendo o indivíduo" (Entrevista - S 13.1 - mulher).

"Eu acho que não, acho que a gente se atenta bastante ao sintoma, ao que é apresentado, independente do sexo para elaborar um diagnóstico" (Entrevista - S7- mulher).

"Olha, na infância e adolescência isso não acontece tanto, acontece muito na idade adulta em relação a depressão que tem uma incidência reconhecida maior nas mulheres, mas não posso imaginar no momento na infância e na adolescência não tem esse viés ainda (...) você tem muito autista, algumas psicoses que não escolhem gênero, então, você não tem essa diferença aqui, o autista pode ser tanto menino como menina, não tem essa avaliação" (Entrevista - S18 - homem).

"Difícil... não, eu acho que, a gente entende que alguns transtornos têm prevalência pros meninos e outros mais pras meninas, por exemplo, o TDAH, mas eu acho irrelevante, acaba sendo um misto, mesmo porque a gente atende a mesma população de forma proporcional, acho que não tem relevância não" (Entrevista - S22 - homem).

Nesses 2 últimos relatos mostra-se que os profissionais nem mesmo percebem que há muito mais meninos que meninas nos CAPSi e que a incidência de autismo é muito maior em meninos. Isso indica que alguns profissionais ou não

estão atentos às questões de gênero envolvidas no tratamento ou negam essas diferenças. Em qualquer uma das hipóteses seria interessante se conscientizarem da importância dessas questões, visando que os usuários de cada sexo tenham suas necessidades atendidas e o tratamento adequado às suas necessidades. Um exemplo que ilustra que existem diferenciação entre os gêneros e que são prejudiciais no processo de tratamento está no relato a seguir:

"Acho que tem a ver com o preconceito mesmo, apesar que a gente tem uma menina que faz uso de substâncias químicas e de álcool, por ela ser menina está aqui e os outros meninos não estão aqui, ela está 100% enquadrada pelo cuidado, porque ela pode sofrer violências aqui ou lá e ela está aqui, então, a gente está olhando pra ela com todos os olhos e a gente não aceita que ela vá pro CAPS ad e ela é uma adolescente de 16 anos, mas a gente não aceita, eu também não aceito que ela vá porque ela é psicótica e talvez o uso dela seja devido a problemática dela, mas é uma menina. Agora, o menino que veio pra cá com seus sintomas e junto dele veio a questão do álcool e das outras drogas é CREAS, porque ele é rebelde. Então, tanto é que eu atendia esse menino com outro psicólogo, porque consideravam que ele era um risco pra equipe e na verdade foi, ele me deu uma cabeçada uma vez, mas ele não deixa de ser um menino, uma criança, um adolescente, é claro, tem que ir pro CREAS porque ocorreu algumas situações sim, mas ele apresenta comportamentos que necessitam de apoio da saúde mental e não tem, porque eles consideram que isso é problema do CREAS e se caso tiver vai pro CAPS ad e não aqui" (Entrevista - S3.1 - homem).

"Só que o menino, talvez pela agitação ele apareça mais, ele traga mais sintomas, porque ele bate, não estou dizendo que a menina não faça isso, mas o menino é mais visível essa característica" (Entrevista - S22 - homem).

Observa-se que os meninos são vistos, a priori, como mais agressivos e por isso menos queridos pelos profissionais do serviço, enquanto as meninas ficam no lugar de vítima indefesa e inofensiva que tem que ser acolhida. Tal tratamento diferenciado para meninos e meninas, baseado unicamente em processos subjetivos e de identidade de gênero não são respaldados em direcionamentos clínicos consistentes. Embora no relato acima a menina seja privilegiada, esse olhar que a protege envolve o pressuposto de que ela é indefesa, frágil, fraca. Enquanto olhar o menino como agressivo e forte pode fazer com que seja negligenciada a necessidade de cuidados que pode estar por traz dessa agressividade.

Portanto, é fundamental que os profissionais de CAPSi se conscientizem das diferenças entre os gêneros e de como isso é marcante em nossa sociedade e, portanto, em nossa forma de pensar e agir. E, sobretudo, sejam conscientes dessa realidade nos serviços. Negar essas diferenças apenas as reforça, uma vez que elas estão presentes e único caminho para serem superadas ou transformadas é serem olhadas e trabalhadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se apreender como o gênero (lógicas masculinas/femininas), enquanto instituição socialmente construída, repercute nas relações profissionais e interpessoais no âmbito dos CAPSi e nos cuidados dispensados aos usuários dos serviços e aos seus familiares contou-se com o método de triangulação de dados que envolveu os resultados de entrevistas semi abertas; um formulário que abarcava a técnica de análise de evocações, bem como grupos focais. A pesquisa foi realizada em 2 CAPSi no estado de São Paulo, distantes fisicamente um do outro, com coordenações distintas e portanto, com características populacionais e institucionais diferentes.

Verificar e caracterizar em que consiste e como se constitui (objetivos, processo de realização, aspectos fundamentais envolvidos, principais desafios) o cuidado em saúde mental infantojuvenil de acordo com os profissionais das instituições pesquisadas, foi fundamental para atingir o principal objetivo da tese.

Percebeu-se que os CAPSi ainda estão no processo de construção de suas diretrizes, o que por um lado possibilita a criatividade dos profissionais, mas, por outro lado, a criatividade pode se confundir com improviso, na medida em que ela se mostra como um expediente para suplementar faltas e carências que não deveriam existir, tais como a falta de experiência dos profissionais no campo da saúde mental infantojuvenil e a falta de formação para trabalhar nesses serviços. Ou seja, a criatividade se dá devido a escassez da qualificação técnica acadêmica que impõe certa orientação do processo formativo incapaz de contemplar necessidades oriundas da realidade dada pelas políticas públicas contemporâneas. Essa realidade, somada à complexidade envolvida nos casos atendidos nos CAPSi, ocasionam dificuldades que podem gerar o sentimento de frustração entre os profissionais e até levar ao adoecimento no trabalho.

A criatividade dos profissionais devido à necessidade de improviso não é tão potente como a criatividade em trabalhar com o mundo mental do paciente, usando

o lúdico que é tão importante em qualquer processo de trabalho psíquico, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. No entanto, observa-se que os profissionais apresentam dificuldades em criar, imaginar e adentrar no mundo mental dos usuários e certa concretude ao traçar um projeto terapêutico. Apesar disso, relatam valorizar o lúdico e o lado artístico no processo de trabalho. Portanto, as potências criativas, que se ligam ao feminino, identidade que se observou relacionada aos CAPSi, poderiam ser mais exploradas se fossem aliadas ao conhecimento técnico e não ao improvisado.

Observa-se ainda que os profissionais não sabem o que fazer diante de alguns quadros como, por exemplo, o de autismo e diante das dificuldades dizem não ter o que fazer. Revela-se assim, a dificuldade em lidar com as questões que aparecem no cotidiano do serviço, que longe de serem simples exigem um preparo grande, além de muita discussão de equipe para que uns fortaleçam os outros.

Observou-se que apesar dos profissionais terem consciência de que são fundamentais para realizar os objetivos do tratamento tanto ações no território e atividades em grupo (lógicas sócio-inclusiva), como atendimentos individuais dos usuários e de seus familiares (lógica clínica-terapêutica), a lógica clínica-terapêutica não é assimilada por eles e não se concretiza. Diante dessa realidade, diversos casos ficam aquém do que os CAPSi podem tratar.

De acordo com o relato dos profissionais, o principal objetivo do trabalho é a inserção social dos usuários. Eles se mostram alinhados ao que preconizam a Reforma Psiquiátrica e o Modo de Atenção Psicossocial. Tal como se depreende de nossa investigação, o trabalho voltado a um objetivo sócio-inclusivo é compreendido, amiúde, como um acervo de ações num esforço para que a pessoa em sofrimento psíquico seja aceita socialmente da forma como ela é, com suas particularidades. Para isso, é necessário um trabalho focado não tão somente no indivíduo em questão, mas igualmente e fortemente, no meio social de referência. Trata-se, conseqüentemente, de um trabalho longo, sistemático, de caráter sócio-antropológico em que o que aparece em pauta é a transformação de uma cultura que tradicionalmente estigmatiza e exclui a loucura. Não parece, entretanto, que os

CAPSi tenham condições de se lançarem em empreendimento de tal envergadura quando lhes falta, muitas vezes, o necessário para cumprir somente o trabalho no interior do CAPSi.

No vácuo dessa perspectiva, insere-se uma visão distorcida da inserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Tal como observamos, os profissionais se contradizem e se distanciam dos preceitos da Reforma Psiquiátrica ao afirmarem a necessidade de normatização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico para a realização da integração social. Essas falas que remetem a determinadas representações meramente adaptativas, se contradizem com as ações concretas desempenhadas que estão alinhadas à lógica sócio-inclusiva.

Outro aspecto que os profissionais consideram fundamental para a concretização dos objetivos do trabalho é o funcionamento em rede, tanto a de serviços, como a de profissionais e a que se forma entre os usuários. Ressalta-se que a rede dos usuários dos CAPSi em geral é bastante restrita. Assim, ou eles são isolados, ou frequentam apenas o entorno de sua casa, o que quase sempre significa: igrejas e vizinhança, muitas vezes ligadas à violência em diferentes sentidos. Além desses locais eles convivem com a família, que frequentemente tem problemas de saúde mental. Assim, há um grande desafio aos profissionais: inserir socialmente crianças e adolescentes com um histórico de relacionamentos interpessoais bastante comprometido.

Os profissionais apontam como um ponto positivo a união da equipe e as trocas que ocorrem entre as diferentes áreas de conhecimento. No entanto, eles relatam sentir falta de o serviço funcionar de maneira mais receptiva aos usuários e seus familiares e indicam que as burocracias institucionais podem atravessar o tratamento, outro aspecto apontado como complicado é o excesso de demanda devido ao excesso de pacientes ou pela falta de CAPSi suficientes ou ainda pela desorganização da rede.

Observa-se assim que a rede é vista como parte fundamental do trabalho, no entanto, são relatadas diversas dificuldades e muita energia demandada para tentar

organizá-la e concretizá-la. A organização da rede seria uma das funções dos CAPSi, no entanto, os profissionais culpam outros serviços pelo fato da rede ser desordenada. Portanto, apesar de acreditarem na potência da rede, os trabalhadores de CAPSi nem sempre agem nesse sentido.

Os profissionais atribuem grande valor aos vínculos e afetos no processo de trabalho e frente aos desafios enfrentados, na falta de recursos técnicos, utilizam recursos pessoais. Sem negar a importância dos vínculos afetivos, há de se precaver, contudo, contra a utilização dessa rica possibilidade como expediente para preencher a carência de formação e de recursos técnicos necessários para o atendimento adequado da população. Diante disso, há uma dificuldade em separar a vida pessoal e profissional e a falta de limites entre esses dois campos podem levar ao desgaste do trabalhador, e, portanto, ao sofrimento no trabalho, impactando no processo de tratamento dos usuários.

O conhecimento adquirido a partir da vida pessoal é subjetivo e sua utilização, sem critérios claros pode gerar falta de profissionalismo. Assim, os atendimentos podem ser soltos, sem objetivos concretos, sem metodologias de trabalho estabelecidas, meramente empíricos ou improvisados e com resultados vagos e difíceis de ser mensurados. Por exemplo, a avaliação dos resultados obtidos no tratamento oferecido, apesar de ser um aspecto fundamental, é pouco mencionada ao longo de toda a pesquisa. Revela-se assim, certo desdém dos profissionais com seu trabalho, uma vez que qualquer tratamento precisa ter alguma medida de avaliação, algum parâmetro para analisar sua evolução, para que assim, seja possível traçar as próximas etapas. Nesse sentido, a elaboração de um projeto terapêutico singular (PTS) é fundamental e deveria ser priorizada.

A falta de avaliação, bem como a dificuldade em elaborar o PTS, pode gerar o sentimento de impotência devido a dificuldade em mensurar o valor do trabalho. Isso pode ser potencializado pela natureza abstrata que o campo da saúde mental envolve.

Portanto, a concretização da proposta de tratamento dos CAPSi demanda preparo dos profissionais, que depende de investimento individual, de mudanças nos cursos de graduação ligados à saúde, além de investimento dos serviços em formação e capacitação profissional, espaços de discussão, supervisão clínico-institucional. O que não está ocorrendo.

O cuidado dispensado aos familiares dos usuários e a parceria com os familiares são parte fundamental do tratamento, o que é constatado por diversos profissionais. Entretanto, eles não estão aptos a oferecer o que os familiares necessitam. Observou-se que, muitas vezes, as famílias são vistas como barreiras ao bom andamento do tratamento. Dessa forma, os profissionais tendem a culpá-las tanto pela origem dos problemas de saúde mental dos usuários, como pelo tratamento oferecido nos CAPSi não ser bem sucedido.

Destaca-se relevantes implicações de gênero no cuidado dispensado aos familiares dos usuários, assim como dos familiares em relação aos profissionais de CAPSi. Esse aspecto é um importante resultado da pesquisa, uma vez que identificar os sentidos que profissionais atribuem aos diferentes sexos e aos diferentes gêneros dos usuários e de seus familiares e como tais atribuições se relacionam com o cuidado oferecido consistiu em um dos objetivos da investigação.

Observou-se que há uma tendência a responsabilizar especificamente as mães, pelas dificuldades na condução do tratamento. Profissionais de ambos os sexos relatam que o cuidado materno é diferente do paterno, é interessante observar que profissionais do sexo feminino enfatizam o cuidado materno, mais zeloso e devoto, como superior ao paterno. Enquanto os profissionais do sexo masculino tendem a destacar os cuidados maternos como excessivos e nem tão positivos. Além disso, a relação do usuário com a mãe é vista por profissionais de ambos os sexos como um importante fator que leva ao adoecimento psíquico, principalmente no caso de crianças e adolescentes do sexo masculino.

Os profissionais indicam também que as mães acabam deixando de lado sua vida profissional para se dedicar aos filhos quando eles têm algum problema,

enquanto os pais, em muitos casos, abandonam a família. Outro aspecto importante que os profissionais mencionaram é o fato de haver muitas mães que também sofrem de transtornos mentais e cuidam sozinhas de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

Pode-se refletir sobre a relação de causalidade entre a loucura da mãe e da criança, uma vez que os profissionais tendem a responsabilizar a mãe pelo transtorno mental do filho, mas não é questionado o sofrimento em cadeia enfrentado por essas mulheres devido aos problemas dos filhos (abandono paterno, dificuldade em trabalhar e cuidar da criança, perda de renda, dificuldades em cuidar de si, perda de auto estima...), que pode levá-las à desequilíbrios emocionais relevantes.

Os profissionais de CAPSi tem expectativas em relação às mães dos usuários que correspondem ao que é atribuído socialmente ao papel de mãe e de mulher. No entanto, muitas vezes, elas não conseguem cumprir esse papel. Assim, o olhar que os profissionais têm a respeito do papel da mãe e do pai são atravessadas por estereótipos de gênero que coincidem com os papéis sociais usuais do homem associado à lei, ordem e regras e da mulher associado ao cuidado.

Por outro lado, os pais e as mães dos usuários vêem os profissionais com um viés de gênero, de forma que chegam a desrespeitar as profissionais mulheres e menosprezar o saber delas, como se pelo fato de serem mulheres não tivessem credibilidade.

Portanto, a forma como os profissionais olham e tratam os familiares dos usuários de CAPSi reforçam papéis sociais alocados aos homens e às mulheres respectivamente. Mas, apesar desse cenário conservador, há alguns exemplos de mudanças culturais que vem ocorrendo, no sentido de tentar mudar o padrão de comportamento que responsabiliza unicamente as mulheres pelos cuidados das crianças. Como a possibilidade de profissionais homens cuidarem de crianças e adolescente em sofrimento psíquico e a tentativa dos profissionais de fazer os usuários terem maior contato com os pais, vendo isso como algo positivo e

saudável. Essa aproximação dos pais poderia ser uma possibilidade de mudança e, portanto, uma possibilidade de movimento que poderia ser saudável a todos os envolvidos.

Constatou-se que a própria noção de gênero não é apropriada com clareza pelos profissionais dos CAPSi, os profissionais confundem constantemente problemas sexuais e questões de gênero e associam questões de gênero a patologias. Os profissionais também se referem ao gênero como questões relacionadas à auto-imagem corporal alterada ou se ver como o sexo oposto, assim como relações homossexuais ou ainda conflitos religiosos devido à desejos homossexuais.

Os CAPSi contam com um número de profissionais significativamente maior de mulheres do que de homens e diversos profissionais, independente do sexo, gostariam que houvesse um número maior de homens, pois facilitaria a interação e a confiança com os usuários de sexo masculino e por outro lado, a presença de profissionais do sexo masculino adquiriria um significado tanto simbólico quanto imediatamente operacional para os usuários e para a própria equipe de trabalho. Neste sentido, os profissionais masculinos são percebidos como garantidores da ordem, capazes de fazer valer a lei em situações disruptivas e representam a força e a lei protetoras. Destaca-se que a ausência da figura masculina ou o caráter feminino dos CAPSi, causa efeito na própria equipe de saúde mental face a hipotéticas ameaças externas.

Constatou-se que o binarismo marca fortemente as relações entre os profissionais de CAPSi, que associam os homens à força bruta ou força física e são idealmente almejados enquanto figura da ordem e da segurança num plano simbólico evidente. E as mulheres são associadas ao cuidado. Assim, de acordo com seu pertencimento a determinado gênero, os profissionais percebem seu trabalho de uma forma específica e tal percepção permeia o cuidado em saúde mental e as relações institucionais nos CAPSi investigados.

Essa polaridade pode ser fruto de uma falta de atenção às questões de gênero que provavelmente não são discutidas e trabalhadas nas equipes e acabam sendo pautadas por opiniões pessoais. Destaca-se a importância dos profissionais se atentarem a essas questões, uma vez que poderia trazer benefícios ao tratamento oferecido, bem como às relações entre a equipe.

Os profissionais têm algumas hipóteses para justificar o fato de haver um número significativamente maior de trabalhadoras do sexo feminino nos CAPSi, dentre elas a baixa remuneração oferecida no serviço aliada às dificuldades da inserção da mulher no mercado de trabalho, bem como a escolha das mulheres por cursos ligados à área da saúde devido a inata vocação feminina de cuidar. Revela-se assim a naturalização do cuidado como função da mulher.

Destaca-se a ideia de um instinto materno nas mulheres que faria com que as profissionais do sexo feminino tivessem uma capacidade inata de cuidado pelo fato de poder gestar um filho. Isso está associado às dificuldades das profissionais mulheres em separar o papel profissional da vida pessoal, aspecto importante a se destacar. Levanta-se a hipótese de que os homens, devido ao lugar social que ocupam, conseguem separar melhor esses dois campos e até se beneficiar dessa relação mútua. Enquanto as mulheres, marcadas pela associação entre seu papel biológico de reprodução e ao seu papel social de cuidar do outro, acabam exercendo trabalhos que envolvem o cuidado, que são pouco valorizados e profissionalizados.

Assim, as mulheres representam a maioria dos profissionais de CAPSi devido ao seu papel social, de modo que dificilmente conseguem em seu ofício desvincular-se do papel de mãe e cuidadora. Portanto, misturam o tratamento que oferecem ao âmbito pessoal, o que muitas vezes prejudica ambos os setores. Por haver significativamente mais mulheres do que homens atuando nos CAPSi, essa falta de limite de papéis caracteriza esses serviços.

Assim, é necessário superar a biologização dos corpos femininos e masculinos e a consequente naturalização do comportamento de pessoas de cada sexo a partir do seu corpo. O ser humano vai muito além do biológico, tem todo um

mundo mental que pode alterar o funcionamento corporal e o fato da mulher poder biologicamente ter um filho não quer dizer que tenha disponibilidade de cuidar.

Portanto, a crença de que há um instinto inato feminino de cuidar faz com que os CAPSi se constituam como um equipamento social com uma identidade feminina, em que as mulheres têm voz ativa, dominam o ambiente e algumas vezes desvalorizam os profissionais do sexo masculino. Entretanto, há alguns aspectos atribuídos ao masculino que são valorizados pelas profissionais mulheres, tais como a objetividade, associada à praticidade e simplicidade; além da figura masculina ser valorizada como contraponto a exemplos negativos que os usuários têm em casa.

Sendo os CAPSi um ambiente feminino e o papel da lei atribuído ao masculino, ocorre que os CAPSi são instituições com regras pouco claras em que faltam objetividade e praticidade, tanto entre a equipe como em relação aos usuários e seus familiares. A função da lei, da ordem, dos limites, ou seja, funções masculinas são atribuídas às instituições externas como a justiça, o conselho tutelar, que simbolizam o masculino.

Assim, nos CAPSi o cuidador é identificado com a mãe e a pessoa cuidada identificada com filho ou filha. A questão que se coloca é por que esse cuidado de crianças e adolescentes é tão ligado ao cuidado materno com tudo que acarreta de indiferenciação psíquica. Seria interessante romper com essa lógica binária e pensar novas formas de lidar com as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, uma vez que os próprios profissionais já percebem dificuldades pelo fato do serviço estar em um extremo.

O olhar dos profissionais aos meninos e meninas atendidos em CAPSi é marcado pelas construções sociais e imprime uma determinada forma de tratar as crianças e adolescentes de cada sexo. Há uma nítida separação, por parte dos profissionais, entre o universo feminino (menstruação, cuidados com a beleza, alimentação, autocuidado, higiene e estética) e masculino (agressividade e à sexualidade). Percebe-se novamente um forte binarismo em que o universo feminino e o masculino são bem caracterizados seguindo estereótipos sociais. Os

profissionais do sexo feminino seriam mais aptos a lidar com as meninas por pertencer a esse universo, enquanto os profissionais do sexo masculino estariam mais aptos a lidar com o universo masculino. Dentro dessa lógica, há nitidamente uma exclusão da diferença: meninos com homens; meninas com mulheres.

A violência de gênero aparece no relato dos profissionais, principalmente a violência sexual, que ocorre mais com meninas e, sobretudo, por parte de familiares do sexo masculino. Além do abuso sexual, há outras situações que revelam alguns tipos de violência de gênero, uma vez que evidenciam o lugar do feminino na sociedade em que as mulheres não são reconhecidas como sujeito, não tem voz, não podem se responsabilizar por si e não tem autonomia. Os profissionais indicam que os familiares que são os responsáveis por atribuir às meninas esse lugar, no entanto, em determinados momentos se conscientizam que corroboram com esse lugar que a família põe a menina. Essa tomada de consciência pode ser o início de uma mudança.

A discussão sobre o lugar social do feminino na posição de objeto de desejo do outro e do masculino como sujeito desejante é realizada pela psicanálise que também indica que o psicótico ou o louco não teria passado para posição de sujeito, de forma que é possível fazer uma analogia entre a posição da mulher e a do louco. Diante disso, e da identificação dos CAPSi com o feminino, a proposta da Reforma Psiquiátrica de que o sujeito em sofrimento psíquico ganhe voz e fale de si, torna-se ainda mais desafiadora nessas instituições.

De acordo com os profissionais, os transtornos mentais que as meninas apresentam são distintos daqueles apresentados pelos meninos, sendo que a forma de manifestar o sofrimento também obedece à uma lógica relacionada aos padrões de gênero. Os principais transtornos em meninas (anorexia, auto-mutilação, preocupação com imagem e baixa auto-estima) são mais direcionados à auto-destruição, voltados ao próprio corpo ou imagem corporal, enquanto os transtornos em meninos (agressividade, drogas, transtorno de conduta e autismo) são mais voltados ao mundo externo, com exceção do autismo.

Essa realidade acompanha o lugar social das meninas e dos meninos: Meninas - dentro de casa - manifestam sofrimento dentro de si. Meninos - no mundo, nas relações, no espaço público - patologia se manifesta fora, nos relacionamentos, nas condutas sociais, no uso de substâncias.

Há mais meninos que meninas em CAPSi e os meninos chegam mais novos que as meninas. Os profissionais explicam essa realidade tanto por justificativas ligadas à genética (que associa a loucura feminina aos hormônios e a masculina à genética), como à influências do ambiente (expectativas sociais em relação a cada sexo).

Acredita-se haver mais meninos autistas que meninas por uma propensão genética nos meninos a desenvolver autismo, enquanto as meninas enlouqueceriam na adolescência devido aos hormônios. Destaca-se que essa justificativa está carregada de preconceitos que de forma alguma corresponde às questões orgânicas reais. Não se nega assim, a possibilidade de os problemas de saúde mental terem influências genéticas ou orgânicas, no entanto, isso se daria da mesma forma para meninos e meninas e não respeitaria a lógica de padrões sociais e históricos.

A justificativa ligada às questões ambientais é que se espera socialmente que as meninas sejam mais quietas e que os meninos mais agitados, então as meninas não chamam a atenção dos cuidadores quando manifestam algum problema de saúde mental, pois não incomodam. Enquanto os meninos chamam mais atenção e assim, acabam sendo levados logo que algum sintoma se manifesta. Os profissionais apontam que a expectativa social dos familiares em relação aos meninos é maior que em relação às meninas, de forma que quando algo não vai bem com um menino logo chama a atenção e com uma menina se há algo estranho pode ser naturalizado como a própria condição da mulher.

Destaca-se que está presente no discurso dos profissionais de CAPSi a naturalização da loucura feminina no próprio corpo, revelando o quanto ainda estamos presos à estereótipos e preconceitos de gênero.

Observou-se ainda uma tendência das profissionais mulheres a atribuírem aos homens o papel de impor regras e limites e não a si próprias. Assim, haveria uma necessidade das mulheres se apoderarem de características vista socialmente apenas como do sexo masculino.

Os profissionais não compartilham a mesma opinião em relação às influências do sexo do usuário no tratamento oferecido. Para alguns há diferenças na maneira de lidar com meninos e meninas e com seus respectivos familiares, outros dizem que essas diferenciações a partir do sexo do usuário não ocorrem. Constatou-se certa dificuldade de auto percepção dos profissionais em sua conduta.

Em relação às influências do gênero dos usuários na elaboração do diagnóstico os profissionais também não compartilham da mesma opinião. Notou-se que alguns profissionais ou não estão atentos às questões de gênero envolvidas no tratamento ou negam essas diferenças. Em qualquer uma das hipóteses seria interessante se conscientizarem da importância dessas questões, em função dos usuários de cada sexo terem suas necessidades atendidas e do tratamento oferecido ser melhorado.

Os meninos são vistos, a priori, como mais agressivos e por isso menos queridos pelos profissionais do serviço, enquanto as meninas ficam no lugar de vítima indefesa e inofensiva que tem que ser acolhida. Tal tratamento diferenciado para meninos e meninas, baseado unicamente em processos subjetivos, não são respaldados em direcionamentos clínicos consistentes acarretando, por isso, riscos consideráveis para os envolvidos.

Portanto, é fundamental tanto para os profissionais como, sobretudo, para os formuladores de políticas públicas, terem maior consciência de como as diferenças de gênero estão presentes nesses equipamentos e nas ações neles desenvolvidas, assim como são muito marcantes em nossa sociedade de forma que gravam nossa forma de pensar e agir. Negar essas diferenças apenas as reforça, uma vez que elas estão presentes; o caminho para superá-las ou transformá-las é serem olhadas e trabalhadas.

8. REFERÊNCIAS

Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In PHF Campos, MCS Loureiro. (Eds.). Representações sociais e práticas educativas (pp. 37-57). Goiânia: UCG; 2003.

Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.

Almeida AS, Furegato ARF. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jan/jun 2015; 4(1):79-88.

Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p. 73-84.

Almeida MV de. Gênero, Masculinidade e Poder - revendo um caso do sul de Portugal. Anuário Antropológico. 1996; 161–90.

Ariés P. História social da criança e da família. (trad. Dora Flaksman) 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.

Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cadernos de Pesquisa, n.117, p.127-147, novembro; 2002.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(3): 16–29.

Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumentos para recuperação psicossocial. Esc Anna Nery (impr.). 2011 abr -jun; 15 (2):339-345.

Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(4): p. 438- 442.

Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [Internet]; 2009.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC* Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005: p. 68-80.

Boris E. Produção e reprodução, casa e trabalho. In: *Revista de sociologia da USP*. V. 26. n.1; junho de 2014: p. 101-117.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 3.657 – 1989.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil*. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9*. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Saúde Mental*. Brasília: 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras drogas. Saúde Mental em Dados 12*. Brasília (DF); 2015.

Bustamante V, Trad L. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas : um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(6): p.1865–74.

Butler J. Problemas de Gênero feminismo e subversão da identidade; Tradução Aguiar R. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Calazans R, Martins CR. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. Estilos clin., São Paulo , v. 12, n. 22, p. 142-157, jun. 2007.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira Enfermagem: Brasília (DF). 2004; set/out; 57(5): 611-4.

Campos IO. Saúde Mental e Gênero em um CAPSII de Brasília: condições sociais, sintomas, diagnósticos e sofrimento psíquico. [tese de doutorado]. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. 2016.

Campos PHF. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre praticas e representações sociais. In PHF Campos, MCS Loureiro. (Eds.). Representações sociais e práticas educativas (pp. 21-36). Goiânia: UCG; 2003.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.30, n.3, p.285-293, June 1996.

Carvalho MDA, Helder Oliveira ES, Leila Vieira R. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. ago 2010; Ribeirão Preto 6(2): p. 337 - 349.

Cayres AZF, REIS AOA. Projetos terapêuticos nos CAPSi: discurso e prática do campo da saúde mental In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 217 - 240.

Costa JF. A Face e o Verso: estudos sobre o homoerostimo II. São Paulo: Escuta. 1995, 300p.

Costa AM, Silvestre RM. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde – Dilemas para a saúde reprodutiva. In: A Mulher Brasileira nos Espaços Públicos e Privados. Venturini G, Recamán M, Oliveira S, Organizadores. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo; 2004.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Paulo Amarante. (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. v. 2.

Costello EJ, Angold A, Burns B, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman C. The Great Smoky Mountains Study of Youth, Goals, Design, Methods and the Prevalence of DSM III-R. Archives of General Psychiatry. 1996; 53 (12): 1129-1136.

Delfini PSS. O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças. [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

Dor J. A prevalência do falo – cap. 11. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Editora UFPR. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

Engel M. Psiquiatria e Feminilidade. In: História das Mulheres no Brasil. Del Priore, Organizadora. São Paulo: Contexto, 1997.

Facchinetti C, Ribeiro A, Muñoz PF. As Insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). História, Ciência e Saúde, Rio de Janeiro. 2008 jun; v.15: p.231-242.

Felipe J. Gênero, sexualidade e a produção de pesquisas no campo da educação: possibilidades, limites e a formulação de políticas públicas. Pro-Posições, v. 18, n. 2 (53) - maio/ago. 2007.

Fernandes FDM. Aspectos funcionais da comunicação de crianças autistas. Temas sobre Desenvolvimento. 2000; 9(51): 25-35.

Fernandes FDM, Amato CAH. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. CoDAS [Internet]. 2013

Fonseca TMG. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, Organizadoras. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.

Figueiredo AC, Frare AP. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos serviços residenciais terapêuticos. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 11, n. 1, p. 82-96, Mar; 2008.

Finco D. Relações de gênero nas brincadeiras de meninos e meninas na educação infantil. Pro-Posições, v.14, n.3(42) ,set./dez; 2003.

Freud S. – Totem e Tabu – ESB. vol. XIII; 1913.

Freud S. - Psicologia de Grupo e Análise do Ego. ESB. Vol. XVIII; 1921.

Freud S. A feminilidade [1933]. In: _____.Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Trad. de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. XXII.

García-Rona G, Carrataláa F, Andreo-Lilloa P, Mestre-Ricote JL, Moya M. Indicadores clínicos precoces de los trastornos generalizados del desarrollo. An Pediatr (Barc); 2012; 77(3). p.171-175.

Georges IPH, Santos YG. Olhares Cruzados. Relações de cuidado, classe e gênero. In: Revista de sociologia da USP. V. 26. n.1; junho de 2014: p.47-60.

Giddens A. Sociologia. Netz SR, tradução. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Gilligan C. In a diferente voice: psychological theory and women's Development. Harvard University Press; 1982.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2003.

Gondim SMG. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários Estud. Psicologia, Natal, v. 7, n. 2; 2002.

Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, Organizadoras. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.

Haraway D. "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. Cad. Pagu, Campinas, n. 22, p. 201-246, June 2004.

Heilborn ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Goldenberg P, Marsiglia RMG, Mara HAG, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.197 -208.

Hirata H, Guimarães NA. Cuidado e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care. São Paulo: atlas; 2012.

Hirata H. Gênero, Classe e Raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. In: Revista de sociologia da USP. V. 26. n.1; junho de 2014: p.61-73.

Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.) Les représentations sociales. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ - Faculdade de Educação; 1993.

Kaes R. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. Kaes et al.; tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do psicólogo, 1991.

Kwee CS, Sampaio TMM, Atherino CCT. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 11, supl. 2, p. 217-226, 2009.

Laqueur T. Making Sex: Body and Gender From the Greeks to Freud. Harvard University Press. ISBN 0-674-54349-1, 1990.

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O Y (Orgs). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: HUCITEC; 2010. p.147-169. Trad Leny A.

Lima RC, Couto MCV, Delgado PGG e Oliveira BDC. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. Physis [online]. 2014, vol.24, n.3.

Lopes MJM. O sexo do hospital. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, Organizadoras. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.

Ludermir A. Desigualdades de Classe, Gênero e Saúde nas Cidades. PHYSIS revista de Saúde Coletiva. 2009; 18(3):451–67.

Lyra J e Medrado B. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. Estudos Feministas; 2000: p.145–158.

Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos em adultos. In: Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Porto alegre: Artmed, 2007.

Mascarenhas ER, Eugênio BG. Os Estereótipos de gênero legitimados na educação infantil.

Mello MF, Mello AAF, Kohn R. (Orgs). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, OnockoCampos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 249-77

Ministério da Saúde do Brasil. Portaria 1174/2005. <http://bvsms>.

Molinier P. Ética e trabalho do care. In: Hirata H, Guimarães NA, Organizadoras. Cuidado e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care. São Paulo: atlas; 2012.

Molinier P. Cuidado, Interseccionalidade e Feminismo. Trad: Santos NP. In: Revista de sociologia da USP. V. 26. n.1; junho de 2014: p.17-33.

Muylaert CJ. Formação, Vida Profissional e Subjetividade: Narrativas de Trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. [dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Muylaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. Physis [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 May 05]; 25(1): 41-58.

Muylaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. Physis, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, mar; 2015.

Oliveira ACDC. Estudos Sociológicos Sobre Infância No Brasil: Crianças Sem Gênero? [tese de doutorado]. Universidade Federal De Santa Catarina – UFSC.

Centro De Filosofia E Ciências Humanas – CFH Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. 2011.

Oliveira ACDC, Kuss LC, Sestrem J. Sociologia da Infância e relações internacionais: diálogos possíveis. Plural Rev Pós-Graduação em Sociol da USP. 2013; 20 (1):57–82.

Oliveira ACS. Mulher Solta, Mulher Louca Maria Venuto, das horas de seus dias à tela de Cinema. [dissertação de mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Instituto das artes; 1996.

Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2008; out/ dez; 16(4):569-76.

Oliveira AB e Roazzi A. A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 23, n. 1, p. 91-102, 2007.

Organização Mundial de Saúde. CID – 10/ Organização Mundial de Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em português. São Paulo: EDUSP; 1994.

Pelisoli CL, Moreira ÂK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev Psiquiatr RS set/dez 2005; 27(3): 270-277.

Pinheiro R. Cuidado em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.

Pirard V. Qést ce qu’un soin? Pour une pragmatique non vertueuse des relation de soin. Espirit. 2006: p.321.

Rede Nacional Feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos – rede feminista de saúde regional Rio Grande do Sul. Dossiê – Violência de Gênero Contra Meninas. Violência doméstica ou intra-familiar; exploração sexual e comercial; violência institucional por ação ou omissão. Porto alegre, 2005.

Reis AOA. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado de São Paulo. [tese de livre docência]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010a.

Reis AOA. Saúde Mental, democracia e responsabilidade. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano 2010b. 20(01): p.15.

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi- Barbosa C, Oliveira MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 186 - 210.

Reis AOA, Muylaert CJ, Bastos IT, Bertolino Neto MM, Delfini PSS. Cuidado, Gênero e Saúde Mental. In: Rolim Neto ML, Reis AOA, Cartaxo JS, Loiola ME, Feitosa UNS, organizadores. Saúde Mental Coletiva Clínicas e Vulnerabilidades. São Paulo. Schoba; 2012.

Reis AOA et. al. Algumas considerações sobre pesquisa de natureza qualitativa. In: Tecnologias computacionais para o auxilio em pesquisa qualitativa - Software EVOC/ Sarubbi Junior V et.al. São Paulo: Schoba; 2013.

Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2008; Out-Dez; 17(4): 779-86.

Ribeiro AEM, Hashimoto F, Gaglian RG. Subsídios para Estipulação da Psicodinâmica do Profissional da Ala Psiquiátrica dos Hospitais Gerais. RRET-

Revista Estudos Trabalho [periódico na internet]. Marília: UNESP. [acesso em Nov 2015].

Ribeiro EL e Paula CS. Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz; 2001.

Rohden F. Sexualidade e gênero na medicina. Souza AN e Pitanguy J, organizadores. Saúde, Corpo e sociedade. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2006. p.157-180.

Rubin G. O tráfico de mulheres. Notas sobre a 'Economia Política' do sexo. Tradução de Christine Rufino Dabat. Recife: SOS Corpo, 1993.

Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(5): 2345-2354.

Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1177-1182, 2009.

Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Zanneta LH, Zanetta MC e Valentini W. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia: Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 2a edição; 2001.

Sarubbi V JR. Representações sociais das equipes técnicas acerca do cuidado à criança nas creches da Universidade de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Silva DS, Azevedo DM. A Reforma Psiquiátrica na Visão de quem Cuida: Percepções de Profissionais do Serviço Residencial Terapêutico. Escola Anna Nery (2011); 15 (3): 587-594.

Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011 Sep [cited 2016 Aug 15]; 15(3): 587-594.

Silva TL. Perfil Sociodemográfico, Clínico e de Internação de pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral Curitiba. Universidade Federal do Paraná [Dissertação de Mestrado]. Paraná: Universidade Federal do Paraná; 2011.

Silva MLS, Martins GCS, Peres MAA, Filho AJA. A enfermagem na rede de apoio às residências terapêuticas para moradores com transtorno mental. Referencia 2013.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e realidade; 1995 jul/dez. 20(2). p.71-99.

Sidrim, MIC. As representações sociais da reabilitação psicossocial - Um estudo sobre os CAPS. Curitiba: Juruá; 2010; p.107-128.

Soares A. As emoções do care. In: Hirata H, Guimarães NA, Organizadoras. Cuidado e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care. São Paulo: atlas; 2012.

Sorj B, Fontes A. O care como um regime estratificado: implicações de gênero e classe social. In: Hirata H, Guimarães NA, organizadoras. Cuidado e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care. São Paulo: atlas; p. 2012.

Souza DV, Zioni F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das Representações Sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. Saude soc., São Paulo, v. 12, n. 2, p. 76-85, dez. 2003.

Tanaka O, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ. (Org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes. 2004; p. 121-136.

Tomasi E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 807-815, 2010.

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a infância. Situação mundial da infância 2007- Mulheres e Crianças. O Duplo Dividendo da Igualdade de Gênero. 2007.

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a infância. ECA 25 anos - avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. 2015.

Valença AM. Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários – estudo de série de casos. J Bras. Psiquiatr. 2008; Rio de Janeiro 57(4): p. 253-260.

Valença AM, Nascimento I, Mecler K, Freire R, Mezzasalma MA, Leão V, Nardi AE. Comportamento violento, gênero e psicopatologia. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund junho 2010; São Paulo 13(2): p. 238-252.

Vergès P; Scano S; Jinique C. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations - EVOC2000. Versão de 5 de abril de 2002. Aix en Provence, 2002.

Vianna C, Unbehaum S. O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil: 1988-2002. Cadernos de Pesquisa, São Paulo: Autores Associados, v. 34, n. 121, p. 77-104, jan. /abr; 2004.

Vianna C, Finco D. Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. Cad. Pagu, Campinas, n. 33, p. 265-283, Dec. 2009.

Villela WV. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [serial on the Internet]. 2009; (48): 26-30.

Waldow VR. A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, Organizadoras. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.

Zapata AB. A comunicação como fator relevante para viabilização da inclusão. Temas sobre Desenvolvimento. 2001; 10(58): 65-68.

ANEXOS

ANEXO I - FORMULÁRIO

Introdução aos sujeitos: Olá, agora você responderá a um formulário, quando você tiver alguma dúvida sobre o que será perguntado, por favor, não hesite em pedir explicações.

Identificação numérica codificada:

Sexo: _____

Independentemente de seu sexo, no modo de encarar a vida e lidar com as pessoas, você se identifica mais com a figura masculina ou feminina?

Dados pessoais

Idade: _____

Estado civil: _____

Sexo do cônjuge: _____

Número de filhos e idade: _____

Dados profissionais

Escolaridade: _____

Formação: _____

Desde quando trabalha no campo da saúde mental?

Desde quando trabalha neste CAPSi? _____

Exerce alguma atividade profissional além do trabalho nessa instituição?

E-mail: _____ tel. _____

Perguntas EVOC:

1. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado feminino de crianças e adolescentes com transtornos mentais. (de profissionais ou familiares).

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____.

*Pedir para o entrevistado dizer qual das cinco palavras evocadas é a mais representativa. Pedir ao entrevistado para justificar cada uma das palavras mencionadas.

2. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado masculino de crianças e adolescentes com transtornos mentais. (de profissionais ou familiares).

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____.

*Pedir para o entrevistado dizer qual das cinco palavras evocadas é a mais representativa. Pedir ao entrevistado para justificar cada uma das palavras mencionadas.

3. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas ao cuidado profissional (de profissionais homens ou mulheres) de meninas com transtornos mentais.

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____.

*Pedir para o entrevistado dizer qual das cinco palavras evocadas é a mais representativa. Pedir ao entrevistado para justificar cada uma das palavras mencionadas.

4. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para o você estão associadas ao cuidado profissional (de profissionais homens ou mulheres) de meninos com transtornos mentais.

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____.

*Pedir para o entrevistado dizer qual das cinco palavras evocadas é a mais representativa. Pedir ao entrevistado para justificar cada uma das palavras mencionadas

5. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas a transtornos mentais em meninas.

1 _____ 2 _____ 3 _____

4 _____ 5 _____.

*Pedir para o entrevistado dizer qual das cinco palavras evocadas é a mais representativa. Pedir ao entrevistado para justificar cada uma das palavras mencionadas.

6. Gostaria que você dissesse cinco palavras (independentes ou compostas) que para você estão associadas a transtornos mentais em meninos.

1 _____ 2 _____ 3 _____

4 _____ 5 _____.

*Pedir para o entrevistado dizer qual das cinco palavras evocadas é a mais representativa. Pedir ao entrevistado para justificar cada uma das palavras mencionadas.

Caso seja um sujeito selecionado para o grupo ou entrevista, perguntar a ele sobre o interesse e disponibilidade.

ANEXO II - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:

Olá, agora você responderá à entrevista, quando você tiver alguma dúvida sobre o que será perguntado, por favor, não hesite em pedir explicações.

1. Você poderia falar sobre sua experiência de trabalho no CAPSi?
2. Para você qual o objetivo do cuidado às crianças e adolescentes com transtornos mentais? O que e como você faz para que esses objetivos se realizem?
3. Dê alguns exemplos de ações/ atividades que você realiza no CAPSi. Você pode enumerar essas ações das que você considera mais importantes para as menos importantes.
4. Ao longo de sua experiência de trabalho já houve alguma vez que você observou que o fato de você ser homem ou mulher afetou (facilita ou dificulta) a forma como o caso foi conduzido? (na relação com usuário/ familiares/ outros profissionais). Por favor, relate.
5. Além de você mesmo, a partir de sua experiência no CAPSi você observa diferenças no olhar dos outros profissionais e no tratamento oferecido no CAPSi aos usuários segundo o sexo? (feminino e masculino) Se sim a que você atribui essas diferenças?
6. Em geral considera-se que existem certas questões de saúde mental que afetam diferentemente meninos e meninas. Você considera que haja alguma relação entre a elaboração do diagnóstico e o sexo do usuário?
7. Sabemos que há muito mais meninos em CAPSi que meninas. Ao que você atribui essa diferença populacional?
8. Se você fosse mulher/homem acha que seu trabalho seria diferente? Em que?
9. Sabemos que há muito mais mulheres trabalhando em CAPSi que homens. Ao que você atribui essa diferença?
10. Você observa alguma diferença de comportamento da equipe em relação aos familiares quando o usuário é menino/menina? Isso vale para todas as faixas etárias?
11. A partir de sua experiência você observa que as mães cuidam de maneira diferente dos pais das crianças e adolescentes com transtornos mentais? Por favor explique.
12. Você acha que o CAPSi funcionaria melhor se houvesse mais homens que mulheres ou vice versa? Por que?
13. No tocante às questões do feminino e masculino, sejam elas relativas aos usuários, aos familiares, aos outros profissionais ou você mesmo, você gostaria de comentar mais alguma coisa que considere muito importante e que não pode mencionar até o momento na entrevista. Caso queira, agora fale à vontade sobre o assunto.

ANEXO III - ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS

Introdução aos sujeitos: Olá, o que esperamos desse grupo é aprender com vocês, não buscamos consenso na discussão, pelo contrário a divergência de perspectivas e experiências é extremamente bem-vinda. (Refazer esse comentário ao longo do grupo).

Tem algumas regras básicas para o bom funcionamento do grupo que são: 1) falar uma pessoa de cada vez. 2) evitar discussões paralelas para que todos possam participar. 3) dizer livremente o que pensa. 4) evitar o domínio da discussão por parte de um dos integrantes. 5) manter a atenção e o discurso na temática em questão.

DEFINIÇÃO DE UM CASO (QUE SIRVA DE INSPIRAÇÃO QUE POSSIBILITE ABERTURA PARA DEBATE) ATENDIDO NESTE CAPSI QUE ENVOLVA ALGUMA QUESTÃO DE GÊNERO (COM O PACIENTE, ENTRE O PACIENTE E ALGUM PROFISSIONAL OU ENTRE O PACIENTE E SEUS FAMILIARES).

1. CONTAR UM POUCO SOBRE ESSA PESSOA (RESUMO DO CASO - QUEM ERA O SUJEITO: CARACTERÍSTICAS GERAIS, IDADE, HISTÓRICO FAMILIAR. COMO CHEGOU AO CAPSI: QUEM TROUXE, QUAL A DEMANDA/QUEIXA/DIAGNÓSTICO, QUEM ENCAMINHOU. QUAL O PROJETO TERAPEUTICO PENSADO PARA ELE E PORQUE? COMO FOI EXECUTADO ESSE PROJETO).
2. PERGUNTAR QUAL A QUESTÃO DE GÊNERO ENVOLVIDA E PORQUE SERIA UMA QUESTÃO DE GÊNERO.
3. QUAL FOI A PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO CASO (DO SEXO FEMININO E QUAL A IMPORTÂNCIA/FUNÇÃO DISSO. DO SEXO MASCULINO E QUAL A IMPORTÂNCIA/FUNÇÃO DISSO).
4. QUAL FOI A PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NO CASO E QUAL A IMPORTÂNCIA/FUNÇÃO DISSO. (QUAL FOI A PARTICIPAÇÃO DE FAMILIARES DO SEXO FEMININO E MASCULINO NO CASO? E QUAL A IMPORTÂNCIA/FUNÇÃO DISSO?).
5. ESTADO ATUAL DO CASO. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO CUIDADO QUE FOI OFERECIDO. (ESSE CUIDADO ESTÁ RELACIONADO DE ALGUMA FORMA AO SEXO/GÊNERO DA CRIANÇA/ DOS PROFISSIONAIS E FAMILIARES ENVOLVIDOS? DE QUE FORMA?).

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA E FORMULÁRIO)

Título da Pesquisa: Relações entre gênero, trabalho profissional e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil. Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. RG: 12.323.021.

Convido o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo: Apreender como as relações de gênero (lógicas masculinas/femininas) permeiam as relações profissionais e interpessoais no âmbito de CAPSi e suas repercussões nos cuidados dispensados aos seus usuários. Será aplicado um formulário e uma entrevista referente aos objetivos deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr(a) permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas sem que haja identificação do seu nome. O (a) Sr(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr(a) no desenvolvimento de suas funções. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A participação nessa pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando-se que toda pesquisa com seres humanos envolve risco, as entrevistas serão realizadas visando riscos mínimos e serão conduzidas para não evocar prejuízos aos sujeitos e às relações de trabalho. De modo que o risco se justifique pelo benefício esperado.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a equipe de pesquisadores terá conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esse estudo forneça informações importantes sobre os CAPSi, favorecendo os profissionais e usuários dessas instituições.

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

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa.

Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma voluntária e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)
Camila Jukeira Muijaert

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7779. E-mail: albereis@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7779.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua General Jardim, 36 - 8º andar Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465 E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)

Título da Pesquisa: Relações entre gênero, trabalho profissional e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil. Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. RG: 12.323.021.

Convido o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo: Apreender como as relações de gênero (lógicas masculinas/femininas) permeiam as relações profissionais e interpessoais no âmbito de CAPSi e suas repercussões nos cuidados dispensados aos seus usuários. Serão realizados grupos focais referentes aos objetivos deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr(a) permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas sem que haja identificação do seu nome. O (a) Sr(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr(a) no desenvolvimento de suas funções. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A participação nessa pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando-se que toda pesquisa com seres humanos envolve risco, as entrevistas serão realizadas visando riscos mínimos e serão conduzidas para não evocar prejuízos aos sujeitos e às relações de trabalho. De modo que o risco se justifique pelo benefício esperado.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a equipe de pesquisadores terá conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esse estudo forneça informações importantes sobre os CAPSi, favorecendo os profissionais e usuários dessas instituições.

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

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa.

Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma voluntária e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)
Camila Jukeira Muijaert

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7779. E-mail: albereis@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7779.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua General Jardim, 36 - 8º andar Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465 E-mail: smscep@gmail.com

CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

31/5/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Alberto Olavo Advincula Reis)

English

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produções Eventos Orientações Bancas Citações +

Alberto Olavo Advincula Reis

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>

Última atualização do currículo em 06/05/2016

Graduado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), Mestre em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Pesquisa LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva. O foco de sua linha de pesquisa são os estudos e as investigações sobre a Saúde Mental Coletiva com ênfase na criança, adolescente e jovens. Coordenador do NUPPSI - Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública. Presidente do CDH - Centro de Estudos de Desenvolvimento do Ser Humano. Diretor do CORAL USP. Autor do romance Em Breve tudo será Mistério e Cinza ed. Cia das Letras, 2013. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Alberto Olavo Advincula Reis

Nome em citações bibliográficas

REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA; REIS, ALBERTO OLAVO ADVINCULA; ADVINCULA REIS, ALBERTO OLAVO

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr. Arnaldo 715 2º andar
Cinquela César
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667126
Fax: (11) 30850240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

1989 • 1993

Doutorado em Saúde Pública (Conselho CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, Ano de obtenção: 1993.
Orientador: Augusta Theresa de Alvarenga.
Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

1974 • 1977

Mestrado em Psicologia.
Université Paris Diderot, PARIS 7, França.
Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile, Ano de Obtenção: 1977.
Orientador: Marie-Anne Martin.
Palavras-chave: Psicopatologia infantil; Análise institucional.
Grande área: Ciências Humanas
Setores de atividade: Saúde Humana.

1986 • 1986

Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1968 • 1971

Graduação em Psicologia.
Université Paris Diderot, PARIS 7, França.

Livre-docência

2010

Livre-docência.
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, FSP, Brasil.
Título: SAÚDE MENTAL NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE. Ano de obtenção: 2010.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4798469H4>

1/54

CURRÍCULO LATTES DO AUTOR

31/5/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Camila Junqueira Mulyaert)

Currículo **Lattes**

English

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produções Eventos +

Camila Junqueira Mulyaert

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/63249480177015882>

Última atualização do currículo em 18/03/2016

Graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009). Pós Graduação Latu Sensu - Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria da Saúde no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (2010). Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo - FSP/USP. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública (Texto informado pelo autor). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Camila Junqueira Mulyaert

Nome em citações bibliográficas

MUYLAERT, C. J.; MUYLAERT, CAMILA JUNQUEIRA

Endereço

Endereço Profissional

Faculdade de Saúde pública - USP.
Avenida Doutor Arnaldo
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Formação acadêmica/titulação

2013

Doutorado em andamento em Doutorado.
Faculdade de Saúde pública - USP, FSP - USP, Brasil.
Título: Relações de Gênero nos Hospitais de custódia a tratamento psiquiátrico.
Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis.

2011 - 2013

Mestrado em Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.
Faculdade de Saúde pública - USP, FSP - USP, Brasil.
Título: Formação e Vida Profissional e Subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Ano de Obtenção: 2013.
Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Pública; Serviços de Saúde Mental; Infância e adolescência; CAPSL
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Setores de atividade: Outras atividades profissionais, científicas e técnicas.

2010 - 2011

Aperfeiçoamento em Aprimoramento multiprofissional em saúde mental. (Carga Horária: 1920h).
Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira, CAPS ITAPEVA, Brasil.
Título: Reflexões sobre um caso de psicose atendido em CAPS - Psicanálise e Saúde Mental.. Ano de finalização: 2011.
Orientador: Claudia Regina Pegolo da Gama.
Bolsista do(a): FUNDAP, FUNDAP, Brasil.

2005 - 2009

Graduação em psicologia.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: Sentidos e significados do trabalho bancário, antes e depois da reestruturação produtiva.
Orientador: Odair Furtado..

1999 - 2001

Ensino Médio (2º grau).
Colégio Santa Cruz, C S C, Brasil.

1995 - 1998

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K426190922>

1/13