



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Sabrina Proença Azevedo Rangel

Saúde Mental, onde se colocam as questões de gênero?

Mulheres cisgênero na Saúde Mental

Rio de Janeiro

2022

Sabrina Proença Azevedo Rangel

Saúde Mental, onde se colocam as questões de gênero?

Mulheres cisgênero na Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Mental health, where are gender issues?: Cisgender women in mental health.

R196s Rangel, Sabrina Proença Azevedo.
Saúde mental, onde se colocam as questões de gênero?: Mulheres cisgênero na saúde mental / Sabrina Proença Azevedo Rangel. -- 2022.
73 f.

Orientadora: Adriana Miranda de Castro.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 69-73.

1. Saúde Mental. 2. Mulheres. 3. Saúde de Gênero. 4. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

CDD 362.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Sabrina Proença Azevedo Rangel

Saúde Mental, onde se colocam as questões de gênero?

Mulheres cisgênero na Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 14 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Andréa Moreira Chagas
Médico Sem Fronteiras

Prof. Dr. José Inácio Jardim Motta
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro (orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho à minha filha Ana Clara que sempre esteve torcendo e vibrando por mim em todas as etapas que precisei ultrapassar para chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Quando iniciei essa jornada imaginei que seriam anos difíceis e realmente conciliar os estudos com a rotina do trabalho e os cuidados com minha filha durante uma pandemia foi um grande desafio. Isso só foi possível porque tive o privilégio de ter pessoas ao meu lado que me apoiaram e incentivaram.

Sou grata aos meus familiares e principalmente à minha mãe pelo cuidado e por ter me ensinado a amar os livros.

À minha filha Ana Clara pelo carinho e amor que me dedicou durante esses dois anos.

Rômulo obrigada pela cumplicidade e pelo estímulo.

Agradeço à minha orientadora, a querida professora Adriana, por compartilhar seus conhecimentos de forma acolhedora, pela paciência e pelo incentivo.

Não posso deixar de agradecer também aos trabalhadores da saúde mental que gentilmente se disponibilizaram para participar das entrevistas e compartilharam suas experiências para que a produção desta pesquisa fosse possível.

À turma do mestrado pelos momentos emocionantes que passamos juntos.

E aos usuários, familiares e colegas do CAPS Betinho por me inspirarem no desejo de liberdade e por uma vida justa.

Eu estava com saúde, adoeci,
Eu não ia adoecer sozinha, não,
Mas eu estava com saúde, estava com muita saúde,
Me adoeceram, me internaram no hospital
E me deixaram internada,
E agora eu vivo no hospital como doente,
O hospital parece uma casa,
O hospital é um hospital.
(ZACHARIAS, 2020, p. 62)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender como profissionais de saúde percebem questões relativas às hierarquizações de gênero e quais suas possíveis implicações no cuidado integral em saúde mental direcionado à mulheres. Durante muito tempo o manicômio foi utilizado para o isolamento e controle de corpos femininos, com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica que permitiram o cuidado em liberdade com base no respeito aos direitos humanos e promoção da cidadania espera-se que a reflexão a respeito de situações relacionadas às desigualdades de gênero e seus repercussões na vida e no sofrimento de mulheres estejam presentes na produção de cuidado integral em saúde mental. Para refletir sobre o lugar atribuído às mulheres na saúde mental utilizou-se a construção de referencial teórico e entrevistas que foram realizadas a partir de roteiro semiestruturado com profissionais de rede de atenção psicossocial que também participam de movimentos de luta antimanicomial.

Palavras-chave: gênero; saúde mental; mulheres; centro de atenção psicossocial; RAPS.

ABSTRACT

This study aimed to understand how health professionals perceive issues related to gender hierarchies and what are their possible implications for comprehensive mental health care for women. For a long time, asylums were used for the isolation, and control of female bodies. Within the psychiatric reform proposed changes, freedom-based care, respect for human rights, and promotion of citizenship were allowed. In the production of comprehensive mental health care it is expected the presence of reflection on situations related to gender inequalities, and their repercussions on women's lives and suffering. In order to reflect on the place assigned to women in mental health, the construction of a theoretical framework and interviews were carried out based on a semi-structured script with professionals from the psychosocial care network who also participated in the social movement named as 'anti-asylum fight'.

Keywords: gender; mental health; women; psychosocial attention center; psychosocial care network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos trabalhadores entrevistados.....	32
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIL.	Filosofia
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Nacional de Saúde Pública

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	UM RECORTE SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL.....	17
3.2	MULHERES E SAÚDE MENTAL	23
4	METODOLOGIA	30
4.1	A PESQUISA QUALITATIVA	30
4.2	A ENTREVISTA	33
4.3	A ANÁLISE DE DADOS	36
5	RESULTADOS	37
5.1	O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUÁTRICA: AVANÇOS, RETROCESSOS E RESISTÊNCIA.....	37
5.2	AS ARMADILHAS DE SER UMA MULHER TRABALHADORA DA SAÚDE MENTAL	43
5.3	DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E SOBRECARGA COMO DISPARADORES DE SOFRIMENTO EM MULHERES.....	49
5.4	QUEM TEM O DIREITO DE SER MÃE? MULHERES COM SOFRIMENTO PSÍQUICO E O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE	52
5.5	A CONSTRUÇÃO DO FEMININO A PARTIR DA VIOLÊNCIA	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende discutir a visibilidade e repercussão ou não das questões de gênero na saúde mental, no acolhimento e na produção de cuidado direcionado à mulheres de diversas possibilidades de cultura, idade, cor/raça e orientação sexual. Compreendemos a necessidade de um feminismo inclusivo que respeite as diferenças e promova a visibilidade de todas que de acordo com sua identidade de gênero se percebem como mulheres. No entanto, na realização desta pesquisa tivemos como foco as mulheres cisgênero, que são mulheres que se identificam com a identidade de gênero que lhes foi atribuída ao nascer. Levando em conta que a história de pessoas transexuais percorreu caminhos diferentes no processo histórico da saúde mental.

Minha aproximação com a saúde mental começou durante a graduação quando fui estagiária do Programa de Saúde Mental do município de Macaé. Em 2011 após a conclusão da graduação em serviço social e aprovação em concurso público fui convidada a fazer parte da equipe do CAPS Betinho, um CAPSII voltado para o atendimento de pessoas com intenso sofrimento psíquico. Foi no CAPS Betinho, no encontro com colegas de trabalho, usuários e familiares da saúde mental que conheci a importância da reforma psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial para um cuidado livre com respeito à dignidade humana.

O interesse por essa pesquisa surgiu a partir de reflexões sobre meu trabalho como assistente social no CAPS e minha inserção no mestrado profissional. No cotidiano da minha atuação presenciei diversas situações e escutei relatos que demonstraram naturalização da reprodução social dos papéis da mulher na sociedade e seu “denominado” adoecimento. O que despertou em mim a necessidade de maior compreensão sobre como lidar com as hierarquizações de gênero que atravessavam a vida das mulheres acompanhadas por esse serviço de saúde mental. Nesse sentido, três cenas foram disparadoras para meus incômodos e reflexões:

- 1) Mulher acompanhada pelo serviço de saúde mental após o falecimento do companheiro por covid-19 perde a guarda do seu filho de um ano por ser considerada incapaz de realizar os cuidados que ele necessita.

- 2) Uma jovem chega para o atendimento em unidade de saúde mental depois de apresentar o “primeiro surto”, que ocorreu após contar para familiares sobre sua orientação sexual, sobre ser lésbica e um possível relacionamento com outra jovem. Familiares disseram que não concordaram com o relacionamento e colocaram para a jovem sua insatisfação o que causou diversos conflitos, em seguida ela começou a ter comportamentos delirantes se apresentando com um nome considerado feminino diferente do seu.
- 3) Um serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência encaminha uma jovem para a unidade de atendimento em saúde mental após tentativa de suicídio e vários episódios de autolesão. Durante o acolhimento a jovem diz que só consegue ser atendida por profissionais mulheres e que não se sente confiante para criar vínculos com profissionais de saúde devido a forma como foi tratada em exame médico realizado após a denúncia de violência sexual.

As cenas apresentadas despertam reflexões sobre o lugar atribuído as mulheres na atualidade. Algumas delas desejam a maternidade, ainda vinculada a uma qualidade feminina e uma atribuição natural de ser mulher, sem a possibilidade de reflexão a respeito dos desafios que a maternidade representa. Para mulheres com o “sofrimento psíquico” esses desafios podem ser ainda maiores devido ao estigma da “doença”, dificuldades com relação a sua autonomia e uso dos psicotrópicos. Muitas delas perdem a guarda de seus filhos por serem consideradas incapazes para o cuidado. É importante que o trabalho de planejamento familiar também faça parte do projeto terapêutico dessas mulheres. Bem como se discuta a ideia de “incapacidade” e o direito das mulheres em acompanhamento pela saúde mental em ocuparem o lugar de mães.

Durante muitos anos comportamentos sexuais considerados fora do padrão heteronormativo eram classificados como desvios e sintomas de “doença mental”. Somente em 1990 a homossexualidade deixou de ser considerada doença pela Organização Mundial da Saúde e retirada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID 10). Porém, ainda hoje alguns profissionais de saúde mental defendem práticas “curativas” como a chamada “cura gay”, mesmo após a proibição dessa prática e nenhuma comprovação científica a respeito da possibilidade de se alterar a orientação sexual. Na cena em questão, a família considerou a orientação sexual da jovem “fora da normalidade” influenciados pelo cultura heteronormativa e pelo preconceito que persiste na sociedade. É importante que equipes de saúde mental reflitam sobre a lesbofobia

e suas possíveis implicações na saúde mental de mulheres lésbicas e bissexuais.

Expostas a altos índices de violência dentro e fora de seus lares, as mulheres brasileiras ainda precisam lidar com as situações de violência que ocorrem nos serviços públicos que lhes deveria assegurar acolhimento e garantia de direitos como na terceira situação apresentada. É recorrente no CAPS o atendimento a mulheres vítimas de violência física, sexual, patrimonial e moral. O que lança luz para a relação entre se constituir mulher em ambientes de violência, o sofrimento psíquico que isso implica e as redes possíveis de cuidado.

Além das situações apresentadas também é comum nos serviços de saúde mental a presença de mulheres que cuidam de seus filhos portadores de sofrimento psíquico sem a presença paterna, mulheres que passaram décadas internadas em hospitais psiquiátricos, mulheres em situação de rua e outras condições de vulnerabilidade social.

A história mostra como os manicômios foram utilizados como instrumentos de opressão de gênero, colocando mulheres em situações de violência e de invisibilidade durante muito tempo. Com a implementação da reforma psiquiátrica foram criados serviços substitutivos aos manicômios que apresentaram um novo olhar sobre homens e mulheres com “sofrimento psíquico” com base no respeito aos direitos humanos, o acolhimento e cuidado no território.

Atualmente as mulheres estão presentes na saúde mental como usuárias dos serviços que compõem a rede e também representam grande parte dos responsáveis pelo cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, como familiares ou trabalhadoras dos serviços de saúde. Para elas é colocado o papel do cuidado, como se esse fosse inerente à condição feminina. Uma função que pode ter impactos relevantes em sua qualidade de vida, devido à sobrecarga de trabalho e ao desgaste. Persiste sobre as mulheres a pressão para que cumpram um papel socialmente determinado do que “é ser mulher” e, ao mesmo tempo, a invisibilização, a desvalorização e o silenciamento de suas “funções” e consequentes efeitos de sofrimento. Tal processo atinge principalmente as mulheres negras, marcadas pelo racismo estrutural e a atualização da racionalidade colonialista (PASSOS, 2011).

Diversas pesquisas, ligadas aos movimentos feministas e à luta antimanicomial, têm apontado a importância de uma discussão a respeito de gênero e saúde mental, sobre a necessidade de espaços para elaboração desses atravessamentos nos processos de produção do cuidado. Nesse sentido, sublinham a necessidade de levarmos em conta o contexto social e a trajetória de vida e pensarmos o sujeito em sua integralidade para criação de estratégias

que incluam as relações de gênero e suas implicações na vida e na saúde mental de homens e mulheres (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Entendendo que a realidade social de todos os sujeitos é historicamente construída, para refletir sobre a organização do cuidado integral em saúde mental na atualidade e a presença do gênero como categoria de análise nesse processo utilizamos um referencial teórico que aborda a construção social da “loucura”, sobre como os hospitais psiquiátricos foram utilizados como “casas de correção”, instrumentos de exclusão e isolamento de diversos grupos socialmente marginalizados (FOUCAULT, 1972). Essas instituições foram a única forma de “tratamento” para pessoas com “sofrimento psíquico” no Brasil, até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma psiquiátrica, que por meio da luta de movimentos de trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares investiu em uma proposta de acolhimento e de cuidado em saúde mental territorializados com promoção da sociabilidade e respeito aos Direitos Humanos (AMARANTE, 1996).

Para pensar a relação entre mulheres e saúde mental utilizamos a categoria gênero, tomando sua constituição nos discursos sociais que estabelecem diferenças entre o masculino e o feminino, seus papéis e hierarquizações na sociedade (SCOTT, 1998). Compreendemos que as hierarquizações de gênero se deslocam e alteram conforme os contextos históricos, mas que têm contribuído para a constituição e reprodução de uma determinada “loucura feminina”, como apontado por pesquisas, autoras e autores utilizados no referencial teórico deste trabalho. Alguns desses pesquisadores fazem parte do movimento de luta antimanicomial e de movimentos feministas, indicando a importância de um debate sobre gênero e saúde mental na atualidade já que muitas questões geradoras de sofrimento psíquico relacionam-se aos estereótipos de gênero e não é possível pensar em acolhimento e produção de cuidado sem dar visibilidade a essas questões e a forma como atravessam a vida das mulheres.

A pandemia causada pelo vírus Sars-cov-2 o causador da Covid-19 aumentou as desigualdades no Brasil e intensificou muitos de nossos problemas sociais como a fome e o desemprego. Ela tornou ainda mais crítica a situação de grupos que já viviam em extrema vulnerabilidade social. As mulheres ficaram mais expostas à violência doméstica, à sobrecarga emocional e ao acúmulo de funções. Com o fechamento das escolas mulheres tiveram que conciliar o cuidado em tempo integral de seus filhos com o trabalho e atividades domésticas. Medidas de quarentena e de restrições para tentar conter o avanço do vírus desencadearam mudanças repentinas na vida de toda a população, criando uma nova rotina

para as famílias, novas situações de tensão e estresse, desencadeando um número expressivo de casos de ansiedade e depressão sobretudo na fase mais aguda da pandemia (MELO et al., 2020).

Na produção da pesquisa, a fim de analisar de que forma os serviços de saúde mental são atravessados pelas hierarquizações sociais de gênero e sua naturalização no processo de cuidado integral das mulheres utilizamos a construção de referencial teórico, a análise das Políticas de Saúde Mental e entrevistas com roteiro semiestruturado com profissionais dos serviços de saúde mental participantes de movimentos de luta antimanicomial. A escolha por entrevistar profissionais que integram os movimentos de luta antimanicomial baseou-se na hipótese de que com as mudanças propostas pelo movimento de reforma psiquiátrica e todo o arcabouço teórico que as fundamenta, tais profissionais teriam maior probabilidade de estar atentos às questões relacionadas as hierarquizações de gênero e das orientações sexuais vinculadas aos corpos de mulheres cisgênero. Dito de outro modo, em se tratando de profissionais engajados no respeito à diversidade e na promoção da inclusão social esperava-se que possuíssem maior sensibilidade e capacidade crítica quanto à cisheteronormatividade compulsória que constitui nossa sociedade.

Foram entrevistados nove trabalhadores, sete mulheres e dois homens. As entrevistas só foram iniciadas pós a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, os participantes receberam informações sobre a pesquisa e lhes foi garantido o direito de encerrar sua participação a qualquer momento. A utilização da internet e de plataformas digitais permitiram que as entrevistas ocorressem de forma remota através do uso da plataforma Zoom, isso possibilitou que participassem da pesquisa profissionais que fazem parte de equipes de saúde mental da rede de atenção psicossocial de diferentes territórios, 7 municípios do estado do RJ, 2 municípios do estado de Pernambuco e de 1 município do estado de Mato Grosso do Sul.

Diante do contexto aqui colocado, procuramos refletir sobre como a Política de Saúde Mental, sua rede, seus serviços e profissionais são atravessados pelas hierarquizações de gênero, e que efeitos de reprodução e manutenção do status quo se apresentam ou não na produção de cuidado integral em saúde mental. Assim, pretendemos contribuir para que os lugares das mulheres e os sentidos por elas construídos na RAPS sejam colocados em análise para a melhoria da produção do cuidado em saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como os profissionais de saúde mental que participam de movimentos de luta antimanicomial enxergam as questões relativas às hierarquizações de gênero e quais suas possíveis implicações no cuidado integral em saúde mental direcionado às mulheres cisgênero.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1-Pesquisar na literatura o que os estudos têm apontado com relação à temática gênero e saúde mental.

2-Conhecer como os profissionais da RAPS que participam de movimentos de luta antimanicomial entendem a utilização e a importância da categoria de análise gênero para o cuidado integral das mulheres em saúde mental.

3-Analisar de que forma os serviços de saúde mental são atravessados pelas hierarquizações sociais de gênero.

4-Contribuir para a reflexão sobre as práticas de produção do cuidado integral em saúde mental, considerado a categoria gênero.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 UM RECORTE SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

Em seu livro a “História da Loucura na Idade Clássica”, Michel Foucault (1978) analisa como a “loucura”, ao final da Idade Média, passou a ocupar no ocidente o lugar social de “encarnação do mal” que antes era direcionado para a lepra.

Com o fim das Cruzadas, o número de pessoas contaminadas pela “lepra” foi diminuindo até que os chamados leprosários, instituições utilizadas para isolamento dessas pessoas, se tornaram desnecessários. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância segura, a fixá-la numa exaltação inversa (FOUCAULT, 1978).

Num momento em que a “loucura” ainda não era objeto da medicina, e sim associada à perda da razão, homens e mulheres eram encaminhados para hospitais gerais, que não funcionavam como instituições de saúde e sim como hospedarias administradas pela Igreja, com o objetivo de afastar do convívio social grupos marginalizados, como os “indigentes”, as “prostitutas”, os “mendigos”, os “vagabundos”, “os menores abandonados” e os “loucos”, que eram considerados perigosos. Tais instituições totais surgiram no Antigo Regime como resposta da sociedade europeia ao risco que a imensa miséria lhe representava. Nas mãos da Igreja, o hospital funcionava como “casa de correção”. O isolamento e o sofrimento provocado eram vistos como ações religiosas e de caridade que contribuíam para que alcançassem a “salvação” (CATEL, 1991).

A partir do século XVII, com o Iluminismo e a Revolução Francesa surge uma nova visão de mundo, que busca compreender a realidade por meio da razão e da ciência. A “loucura” é vista com um novo olhar, surge um novo saber. Conforme colocam Amarante e Torre:

Alienismo ou medicina mental, candidato a um estatuto de cientificidade, que seria sempre questionado, mesmo quando mais reconhecido sob a forma posterior da psiquiatria e da clínica psiquiátrica (TORRE; AMARANTE, 2012, p.4).

Nessa nova ordem social, marcada pelos ideários liberais, o homem passa a ser figura central, com liberdade, direitos e deveres. No entanto, tal configuração não se aplicava a todos os seres humanos.

As mulheres, que inclusive tiveram importante participação política na luta pelos seus direitos durante a Revolução, foram privadas da ocupação dos espaços políticos, sendo-

lhes destinada a esfera doméstica a partir de outros elementos e articulações do discurso científico (Martins 2004). Da mesma maneira, ao “louco” também não foi dado o lugar de um sujeito de direitos no novo ordenamento social. Como aponta Castel:

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de ‘servir’, não entra no circuito regulado das trocas, essa ‘livre’ circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz (CASTEL, 1991, p.19).

A “loucura” questionava a razão e precisava ser “controlada”, o que passa a ser feito pela medicina. Os hospitais, antes administrados pela Igreja, são transformados em instituições de tratamento médico.

Em 1793, o médico Philippe Pinel associou a “loucura” a uma dificuldade de controle das vontades e dos desejos, uma incapacidade do controle das paixões e dos impulsos, criando então o chamado “tratamento moral”. O isolamento servia para observação e classificação dos sintomas e das diferentes formas de “alienação” existentes. Bem como para afastar o “doente” do convívio social e do risco de sucumbir aos desejos incontroláveis (AMARANTE, 1995).

Castel (1991) destaca como a psiquiatria foi utilizada como uma forma de controle do homem nessa nova organização social. Com o aval da ciência, decidia a respeito dos comportamentos apresentados, livrando ou prendendo as pessoas nas “correntes da alienação”, no momento em que a “loucura” passa a ser considerada uma “doença”.

“O hospital psiquiátrico é a grande “estufa” para o estudo classificatório da alienação mental e a construção de uma clínica da loucura” (Amarante e Torre, 2001, p.53). É fundado no “tratamento moral” defendido e operado pelos alienistas em que os “doentes mentais” são submetidos a diversas situações desumanas, violentas e degradantes. O que causa um grande número de mortes, sofrimento e cronificação.

Pinel recebeu críticas de que os hospitais psiquiátricos eram instituições extremamente “fechadas”. Em resposta, criou as “colônias”, prometendo maior liberdade para os “alienados”. O que não ocorreu, nas colônias eram efetivamente reproduzidas em um espaço maior as mesmas práticas asilares (Amarante 1996).

Heitor Resende, em seu livro “Cidadania e Loucura, Política de saúde mental no Brasil” (2000), afirma que o Brasil não lidou com a “loucura” exatamente como a Europa, até mesmo por ter uma realidade social diferente. Segundo ele, não existem muitas

referências sobre a trajetória da loucura no Brasil Colônia. Aqui, as Santas Casas de Misericórdia, diferente do que aconteceu na Europa, foram criadas para “doentes pobres”, “velhos”, “órfãos” e “mendigos”, mas não para os ditos “loucos”.

Em 1852 foi inaugurado o primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Foi no século XIX, ainda no período imperial, que a “loucura” passou a ser uma questão social, tornando-se necessário ter um local específico para colocá-la. Conforme descreve Rosa:

A assistência psiquiátrica hospiciocêntrica instituiu-se no Brasil a partir de uma sociedade colonial, rural e escravocrata, que tinha o trabalho como algo negativo, indigno, “atividade de negros”, e uma economia agroexportadora fundada no comércio-exportador e numa oligarquia rural (ROSA, 2003: p.86).

Administrado pela Santa Casa de Misericórdia, responsável pelos serviços de saúde desde 1543, o Hospício Pedro II recebia pessoas de todo território do Império. Em pouco mais de um ano atingiu sua lotação máxima de 350 pessoas. Da mesma forma, os hospícios que foram criados em seguida em outras cidades, logo ficaram lotados (RESENDE, 1990).

Inicialmente os hospícios brasileiros eram administrados por instituições religiosas e não pela medicina. O que mudou após a proclamação da República, quando a psiquiatria brasileira, inspirada no alienismo francês, passou a ocupar essas instituições, transformando-as em espaços de “tratamento médico” de base científica. Em 1890, o Hospício Pedro II tornou-se o Hospício Nacional dos Alienados e passou a ser administrado pelo médico Teixeira Brandão. No mesmo ano, para organizar a assistência psiquiátrica no Brasil, foi criada a Assistência Médica e Legal dos Alienados, que foi a primeira instituição pública de saúde fundada no Brasil República (ROSA, 2003) (AMARANTE, 2014).

A partir de 1903, o médico Juliano Moreira assume a gestão do Hospício Nacional dos Alienados e assume também a direção da Assistência Médica e Legal dos Alienados. Inspirado na psiquiatria alemã, Juliano Moreira integra outros elementos à sua atuação. Como explica Paula Amarante:

A vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã tem um importante significado quanto à discussão etiológica das doenças mentais. O biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais (AMARANTE, 1994, p. 88).

A partir da década de 1930, a psiquiatria se “modernizou”, incorporando uma série

de tecnologias de intervenção sobre o corpo com estatuto de maior objetividade e cientificidade, como o choque insulínico, o choque cardiológico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. Na década de 1950, a busca de intervenções sobre o corpo levou à utilização dos primeiros neurolépticos. Muitas vezes esses medicamentos eram usados sem os devidos conhecimentos técnicos sobre seus efeitos e limitações, operando como instrumentos de repressão e violência (AMARANTE, 2010). Em alguns casos sua utilização decorria de estratégias de propaganda e de pressão da indústria farmacológica da época.

E, a bem da verdade, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização (AMARANTE, 1994, p.89).

A psiquiatria brasileira, além de “tratar” a loucura do delírio considerada como “biológica”, ao incorporar práticas da eugenia a partir da década de 1930 atuou sobre a “degeneração” associada ao desvio de comportamento. A psiquiatria classificou como “anormais” determinados padrões de comportamento, tais como: consumo de álcool, prostituição, movimentos grevistas, adultério, negação do trabalho e da maternidade, conflitos étnico-raciais dentre outros, que eram entendidos como ameaças ao progresso e ao desenvolvimento da nação. A pureza da nação também estava associada ao embranquecimento da população, de modo que os “pacientes” ao serem internados eram classificados pela cor da sua pele e por sua classe social. A degeneração associava-se à pobreza e ao racismo, fazendo com que pessoas pobres e negras fossem internadas mesmo sem quaisquer comprovações de “doença mental” e com poucos registros nos prontuários sobre sua história de vida, apagando suas características pessoais (CELESTE, 2019).

Estudos realizados em hospitais psiquiátricos mostram que os internos apresentavam várias formas de resistência à lógica manicomial. Recusavam-se a cooperar, faziam atos considerados provocativos e se afastavam de determinadas situações, mostrando-se alheios. Em períodos mais longos de internação buscavam estratégias que permitiam tornar a vivência no manicômio mais suportável, tais como negociar objetos, consumo de café e cigarros, participar da limpeza como forma de demonstração de racionalidade e obter alimentos, criar laços de afeto e amizade com funcionários ou destratar-los e performar a identidade de “louco”, utilizando estereótipos negativos sobre a loucura para lidar com algumas situações. O manicômio não é somente um espaço físico de aprisionamento dos que fogem à lógica considerada racional, é também um espaço de criação de estereótipos

negativos sobre a “loucura” e sobre o “doente mental”, gerando subjetividades específicas (CELESTE, 2019).

Após a Segunda Guerra Mundial, em diversos países surgiram movimentos de reforma psiquiátrica. No Brasil, se desenvolveram algumas experiências locais que não tiveram força frente à condução da política de saúde na época, dominada pela iniciativa privada. A partir de 1960, o Estado passou a investir dinheiro público em hospitais psiquiátricos privados produzindo um aumento do número de hospitais e das internações (AMARANTE, 2010).

Na década de 1970 formou-se o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Além de denunciar as precárias condições de trabalho e os maus tratos praticados nos manicômios, o Movimento buscava reformar a assistência psiquiátrica no Brasil. Sendo assim, criticava o saber psiquiátrico, a privatização dos serviços de saúde e a “mercantilização da loucura”. O MTSM pretendia, para além de mudanças técnicas e administrativas, efetuar transformações teóricas, políticas, culturais e sociais (Amarante 1995 e 2010).

Depois de 1980, o movimento de reforma psiquiátrica ganhou força no Brasil devido à precariedade em que se encontrava o sistema de saúde e os serviços psiquiátricos. O modelo médico assistencial privatista, que se estendia para além dos serviços psiquiátricos, causou uma crise na saúde brasileira e na Previdência Social, que financiava os serviços, obrigando o governo a reorganizar a assistência em saúde no país. O Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram fundamentais para as mudanças que ocorreram no sistema de saúde brasileiro. Assim, na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito universal e dever do Estado. Tais transformações, no âmbito da saúde mental, significaram que as instituições públicas passaram a receber os investimentos que antes eram direcionados ao setor privado (Amarante, 2010).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental se fortaleceu como movimento social e promoveu importantes discussões sobre a loucura, a saúde mental e os manicômios, trabalhou pela desospitalização e criação de práticas de assistência nos territórios. O movimento de reforma psiquiátrica deixou de ser um movimento apenas dos trabalhadores da saúde mental e usuários, familiares também passaram a integrá-lo, defendendo o fim dos manicômios (AMARANTE, 2010).

Nas instituições públicas de atendimento psiquiátrico ligadas ao movimento de reforma psiquiátrica a saúde mental articulou-se à perspectiva de um conceito ampliado de

saúde, passando a ser compreendida como um processo determinado socialmente, em que se articulam as condições de vida da população, de moradia e saneamento, de trabalho e ambientais e as suas relações sociais (BISNETO, 2007).

A Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, representa um marco para o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. Ela trata dos direitos das pessoas com “transtornos mentais” e aponta uma nova direção para a assistência em saúde mental ao determinar a substituição dos manicômios por outros modelos de serviços psiquiátricos, contribuindo para o processo de desinstitucionalização. A internação passa a ser indicada apenas quando os recursos extra hospitalares não forem suficientes. Nesse sentido, surgiram serviços psiquiátricos substitutivos e contrários à lógica excludente do manicômio (BRASIL, 2001).

Atualmente, a rede de atenção psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é formada por diversos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Um dos objetivos da RAPS é oferecer o cuidado em saúde mental no território promovendo a cidadania e a liberdade (BRASIL, 2011).

Desde sua criação a rede de serviços substitutivos aos hospícios tem enfrentado uma série de desafios. Financiamento insuficiente para atender com qualidade a demanda da população, número insuficiente de profissionais, condições precárias de trabalho dentre outras dificuldades têm como efeito modos de organização e gestão que tendem a favorecer interesses políticos e econômicos privados, retomando um caminho de mercantilização da saúde mental.

O movimento de profissionais, usuários e familiares da saúde mental permanece atuante, lutando “Por uma sociedade sem manicômios”, defendendo a saúde pública e democrática e a produção do cuidado integral em saúde mental, que reconheça o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos.

3.2 MULHERES E SAÚDE MENTAL

Refletir sobre mulheres e saúde mental é pensar a respeito de suas vivências e dos atravessamentos de múltiplos determinantes sociais em seu cotidiano. É analisar como a história das mulheres na saúde mental se fez e faz marcada por questões sociais, políticas e culturais que produziram e produzem diferentes visões sobre o que é ser mulher, o que é feminino e que papéis sociais os corpos assim definidos devem desempenhar.

Para a historiadora Michelle Perrot (2006, p.16): “Escrever a história das mulheres é sair do silêncio em que elas estavam confinadas.” Durante muito tempo as mulheres foram colocadas na invisibilidade da história escrita por homens e descritas a partir da imaginação masculina de uma maneira preconceituosa e genérica, que servia a manutenção dos privilégios masculinos.

Após o Renascimento, durante a constituição da chamada “ciência moderna”, o homem buscou poder, domínio e controle sobre a natureza, que simbolicamente era associada ao feminino. Diversas analogias nesse sentido estavam presentes na arte, nos discursos, nas práticas e nos textos científicos. A ciência era considerada uma atividade exclusivamente masculina na medida em que somente os homens possuíam intelecto e razão adequadas para produzi-la. Os estudos científicos realizados pela medicina por meio da análise dos corpos associavam a feminilidade a uma natureza nervosa e o corpo da mulher era visto como uma versão imperfeita do masculino. Assim, os discursos científicos se fizeram com um vocabulário único, que tomava como referência e parâmetro o corpo do homem, para designar os órgãos sexuais da mulher. Assim, a vagina era considerada um pênis invertido e o útero uma versão dos testículos. Os anatomistas não viram sentido nas diferenças corporais, utilizaram em sua análise conceitos já existentes em que o modelo masculino era a representação padrão e tomado como medida da perfeição (MARTINS, 2004).

A partir do início do século XVIII, a filosofia e o liberalismo utilizaram a natureza para explicar a organização política e social, apontando as diferenças entre os seres humanos como naturais e normalizando os processos de hierarquização entre aqueles considerados naturalmente responsáveis, obedientes e subordinados. Nesse modelo, às mulheres cabia o lugar de menores, inferiores aos homens, já que eram consideradas mais frágeis, sensíveis e de natureza descontrolada (MARTINS, 2004).

A ciência classificou características físicas e químicas de homens e mulheres

determinando diferenças entre os sexos que foram utilizadas para explicar as desigualdades de gênero, definindo os papéis que os corpos representariam na vida pública e privada. Da mesma forma, se criaram distinções entre as raças, justificando a escravidão como algo pertencente a uma hierarquia “natural”. Os anatomistas, por meio de estudo do esqueleto humano e do tamanho dos ossos, criaram classificações e comparações que reforçaram o domínio do homem branco europeu considerado o padrão normativo e da sociedade europeia feita modelo de sociedade civilizada (MARTINS, 2004).

A medicina nos séculos XVIII e XIX realizou diversos estudos sobre o corpo feminino, muitos deles utilizaram como suporte o útero para falar do humor, do comportamento sexual, da moral e do adoecer das mulheres. O útero fundamental para o exercício da maternidade, produziria alterações de humor e do comportamento sexual das mulheres. Ao mesmo tempo, atitudes femininas moralmente “inadequadas” poderiam ser responsáveis por patologias uterinas. A mulher saudável deveria ser dócil e obediente. O período da menstruação, da gravidez e do parto foram considerados momentos em que a mulher estava mais propensa ao adoecimento. Considerada naturalmente frágil, a mulher não deveria realizar esforços físicos, seu lugar era a esfera doméstica, onde cumpriria seu papel de mãe e esposa e teria sua sexualidade negada, já que ao seu corpo cabia a procriação (MARTINS, 2004).

A teórica feminista Joan Scott (1998) analisa que o conceito de gênero é resultado de discursos que fixam diferenças entre o masculino e o feminino e que estão presentes nas instituições, nas estruturas, nas práticas cotidianas, nos rituais e em tudo que atravessa sujeitos e relações sociais. Segundo Scott, existe uma subjetividade criada para as mulheres em um contexto específico da história, da cultura e da política. Nessa direção, para historicizar a categoria “mulheres” ela desenvolveu a ideia de gênero como importante categoria de análise para pensar as sociedades e seus modos de organização.

Piscitelli (2009) destaca que ao se falar em gênero é importante pensar que toda discriminação costuma ser justificada pela atribuição de qualidades e traços de temperamentos diferentes a homens e mulheres, que são utilizados para delimitar espaços de atuação. No geral essas características e traços são considerados naturais, decorrentes de diferenças corporais entre homens e mulheres principalmente naquelas que se associam às capacidades reprodutivas. O que faz com que as desigualdades sejam “naturalizadas”. Ainda segundo a autora, os espaços sociais determinados para homens e mulheres se definem de formas diversas a depender dos momentos históricos e dos cenários geopolíticos analisados.

Várias autoras retratam como a psiquiatria desempenhou um papel significativo na elaboração social de um modelo ideal de mulher e na construção de uma “loucura feminina”.

Para Ingrid Farias:

Foucault aponta a loucura durante os séculos XV e XIX como instrumento de poder, controle social, isolamento e punição. A medicina através da medicalização e internação psiquiátrica, se utiliza desses instrumentos de poder para realizar a manutenção do projeto patriarcal de controle dos corpos femininos (FARIAS, 2017, p102).

Magali Engel (2004) descreve o papel do médico no Brasil durante o advento da República como um “criador de conceitos”, apontando a relação da medicina com a cultura da época.

Nos tempos da colonização, o médico era um criador de conceitos, e cada conceito elaborado tinha uma função no interior de um sistema que ultrapassava o domínio da medicina propriamente dito. Ao estatuto biológico da mulher, estava sempre associado a outro, moral e metafísico (ENGEL, 2004, p.66).

Apolítica de controle social realizada no Brasil durante a República contou com a participação da psiquiatria, a “loucura” passou a ser vista como uma “doença” e enviada ao Hospital Psiquiátrico, que utilizado como instrumento de opressão de gênero contribuiu para o silenciamento, o domínio dos corpos femininos e de sua subjetividade. A medicina, como um saber científico e, portanto, incontestável transformou em patologias comportamentos classificados como desviantes (ENGEL, 2004).

Uma pesquisa realizada entre 2004 e 2006 pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz analisou cerca de 3000 prontuários de pessoas internadas no período de 1900 até 1939 no Hospital Pedro II e, posteriormente, Hospício Nacional dos Alienados. Tal análise demonstrou parte da realidade vivenciada por mulheres que foram encaminhadas ao manicômio nesse período. 94% das internações foram custeadas pelo Governo do Distrito Federal, mais de 96% das pessoas chegaram ao hospício levadas pela polícia ou por força similar (FACCHINETTI; MUÑOZ; RIBEIRO, 2008).

As mulheres representavam 38% dos prontuários analisados, grande parte delas identificada como “parda” ou “negra”. Embora internadas em menor número em comparação aos homens, as mulheres permaneciam mais tempo internadas do que eles, a maioria delas (65%) morria durante a internação. Grande parte das mortes causadas por doenças adquiridas devido ao confinamento e dele decorrentes, tendo em vista as terríveis condições de vida no hospício. A maior parte das cirurgias eram realizadas em mulheres, o que as colocava em risco ainda maior, 69% dos “pacientes” operados não sobreviveram após

os procedimentos cirúrgicos. Os pesquisadores também verificaram que em 19% dos prontuários de mulheres havia referências explícitas quanto à sua sexualidade, enquanto que nos prontuários de homens esses registros constavam em apenas 5%. Além disso, pessoas cujos prontuários possuíam referência sobre sua sexualidade permaneceram mais tempo internadas se comparadas as que não tiveram anotações a esse respeito (FACCHINETTI; MUÑOZ; RIBEIRO, 2008).

Com relação ao diagnóstico, até 1920, no que diz respeito aos homens, prevaleceram sífilis, alcoolismo e demência precoce. Na década seguinte, os diagnósticos mais comuns entre os homens seriam esquizofrenia, degeneração e paranoia. Quanto às mulheres, histeria era o diagnóstico predominante até a década de 1920 e a partir de 1930 a psicose maníaco-depressiva. Nos prontuários das mulheres também foram encontrados registros quanto aos seus corpos, como aspectos relativos à sua menstruação e termos relacionados ao que hoje denominaríamos gênero, que classificavam como sinais e sintomas comportamentos femininos que fugiam ao ideal de mulher construído pela sociedade da época e propagado pelos psiquiatras, que classificavam o corpo feminino como mais propenso a abalos mentais e morais, como se fosse inerente à condição de mulher uma “fraqueza natural” (FACCHINETTI; MUÑOZ; RIBEIRO, 2008).

Outros estudos realizados em hospitais psiquiátricos de vários países, inclusive no Brasil, indicam que as mulheres eram maioria entre as pessoas submetidas à psicocirurgias. Por meio da análise de registros médicos, os pesquisadores identificaram que essas cirurgias eram realizadas com o intuito de alterar o comportamento dos “pacientes”. Nos prontuários das mulheres submetidas a esses procedimentos é possível encontrar referências aos seus comportamentos, tais como: “suspendia o vestido”, “dizia palavras obscenas”, “não aceitava se entregar ao marido”, “muito ‘para frente’ com garotos”, de “difícil trato”. Tais comportamentos, dentre outros, eram considerados amorais e faziam parte das justificativas para a indicação de lobotomias. A lobotomia e a leucotomia foram utilizadas em pacientes de instituições asilares brasileiras entre 1936 e 1956 (TOLEDO, 2019).

A degeneração feminina, uma “doença mental” associada a comportamentos considerados anormais, é definida naquele momento pelos psiquiatras como resultado dos instintos próprios e da biologia feminina, na avaliação dos médicos a mulher estava mais propensa às doenças físicas e mentais, principalmente durante a puberdade, a gravidez, o nascimento, o puerpério e a menopausa. Considerada naturalmente “frágil” e ardilosa, a mulher representava um perigo para a sociedade e para se proteger da degeneração deveria

utilizar seu corpo para reprodução, ser boa mãe e esposa (NUNES, 1991; GARCIA, 1995; ANGEL, 2008 apud CELESTE, 2019). A sexualidade feminina, pois, precisava ser controlada e focada na maternidade e a mulher devia ser incentivada a ser passiva, dócil e disponível. Nesse sentido, não lhe caberia deter poder sobre o seu próprio corpo (BASAGLIA, 1987 apud CELESTE, 2019).

A literatura atravessada pela perspectiva da sociedade burguesa, do individualismo e do amor romântico, também contribuiu para a criação da ideia de uma mulher frágil, voltada para a vida privada, o casamento e os filhos. Entretanto, tal lugar não cabia a todas as mulheres, pois à hierarquização de gênero se articulavam àquelas referidas à cor da pele e à classe social. Assim, mulheres negras e de classes populares não podiam permanecer restritas ao espaço doméstico nem fora do mundo de trabalho, mas assumiriam atividades consideradas femininas de modo que se estabeleceria uma divisão sexual das atividades laborativas e do cuidado. Ocorre, pois, que a atribuição de lugares e hierarquizações de gênero e a produção de padrões e idealizações sobre o que é ser uma mulher repercutiam em suas vidas de diferentes formas, de acordo com a realidade social vivenciada (CELESTE, 2019).

Por um lado, muitas mulheres que romperam com os papéis femininos ditos normais foram chamadas de loucas. Por outro, outras mulheres sofreram as consequências dos estereótipos de gênero, do machismo e da misoginia em sua saúde mental. Em ambos os casos, encontramos mulheres que viveram por décadas internadas nos hospitais psiquiátricos ou experimentaram recorrentes internações de longa duração.

Todavia, a história das mulheres também é marcada por luta e resistência. A partir da década de 1950 diversos movimentos sociais se destacaram na busca por mudanças sociais e políticas, tanto no Brasil como internacionalmente. A revolução sexual, o Feminismo e o Movimento Negro apresentaram forte organização política e importantes propostas com relação às políticas públicas e produções acadêmicas, repercutindo nos estudos relacionados à Psiquiatria e aos Feminismos (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Nas décadas de 1960 e 1970, o debate feminista se ampliou com a crítica de diversos grupos de mulheres que não se sentiam representadas pelo que denominavam “feminismo branco acadêmico”, sendo necessário o reconhecimento da multiplicidade, das diferenças, das particularidades e o rompimento com uma noção universal de “mulher”. Com o conceito de Interseccionalidade, sistematizado em 1989 pela autora Kimberle Crenshaw, o feminismo negro chamou a atenção para o fato de que as mulheres vivenciam diferentes formas de

opressão, conforme se agenciam os marcadores sociais da diferença em sua experiência singular e realidade social, de modo que gênero, raça/etnia e classe são categorias determinantes e articuladas para a sua constituição como sujeitos (PEREIRA;PASSOS, 2017).

Com a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil no final de 1970 foram criadas novas formas de cuidado em saúde, as quais passaram a difundir o respeito aos direitos humanos, o acolhimento e a importância do cuidado territorializado. Porém, a busca pela efetivação dessas conquistas tem sido contínua e ainda não terminou. Assim como tem sido a luta dos movimentos feministas. A lógica manicomial ainda pode ser reproduzida fora dos manicômios, uma vez que também representa um reflexo social de controle das subjetividades, da loucura e dos corpos femininos, muito presente na sociedade atual. Para Paulo Amarante (1995), um dos fundadores da luta antimanicomial no Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que estará sempre em expansão, nunca estando completamente realizada.

A forma como a sociedade brasileira lida hoje com determinadas questões de gênero persiste carregada de preconceito e violência, perpetuando mecanismos de exclusão daqueles que escapam a padrões e normas hegemônicos. Tal processo se reflete no aumento crescente da violência contra as mulheres. O Atlas da Violência (2021) aponta que em 2019, foram assassinadas 3.737 mulheres no país em decorrência de situações de violência de gênero e de violência urbana e outras 3.756 foram mortas sem indicação da causa, representando um aumento de 21,6% em relação ao ano anterior. Do total de mulheres assassinadas no Brasil, 66% eram mulheres negras.

As desigualdades vividas pelas mulheres também aparecem no mundo do trabalho, estudos apontam que, mesmo tendo mais anos de escolaridade, elas seguem recebendo menores salários que os homens. O que é ainda mais desigual com relação a mulheres negras. Além do trabalho realizado fora de suas casas, as mulheres assumem as tarefas domésticas, na quais persiste a desigualdade na distribuição de responsabilidades e tarefas. As mulheres trabalham mais tempo que os homens, acumulando tempo de trabalho dentro e fora de seus lares (PISCITELLI, 2009).

O racismo, o preconceito, a violência e a exclusão podem ter graves repercussões na saúde de uma população que muitas vezes já é privada de acesso a direitos básicos, contribuindo para o adoecimento das mulheres e provocando situações de depressão e suicídio (CANNONE, 2019).

Atualmente, na maior parte dos serviços de saúde mental criados no processo de reforma psiquiátrica as mulheres são a maioria, seja como usuárias, familiares e/ou trabalhadoras. Bem como são elas que mais consomem os psicofármacos indicados por esses serviços (ANDRADE; MALUF, 2017, p.814). Entretanto, ainda é necessário dar maior visibilidade e ampliar as análises sobre as relações entre mulheres e saúde mental. Embora os estudos do movimento feminista e as construções teóricas da reforma psiquiátrica tenham vários pontos de contato, o cotidiano do trabalho das equipes dos serviços da RAPS parece continuar marcado por compreensões, valores e abordagens misóginas, heteronormativas e patriarcais, que não são colocadas em análise nem desnaturalizadas. Nesse sentido, pesquisadores que transitam pelos movimentos feministas e da reforma psiquiátrica chamam atenção para a importância de ampliar o diálogo entre as produções dos mesmos, contribuindo para melhoria dos processos de produção do cuidado (PEREIRA; PASSOS, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 A PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa em saúde de acordo com Romeu Gomes permite basicamente:

(1) investigar as representações, as crenças, as explicações e as opiniões que se expressam nas interações sociais; (2) privilegiar a linguagem e a prática como mediações simbólicas; (3) orientar o estudo a partir do ponto de vista dos atores sociais, levando a sério as suas informações; (4) buscar uma compreensão do nicho onde a pesquisa é realizada e (5) ter uma execução flexível e interativa (GOMES2014,p.10).

Segundo o autor, para que o método qualitativo tenha cientificidade é necessária a articulação do polo epistemológico - que permite a vigilância crítica ao longo da pesquisa, do polo teórico - utilizado para elaboração das hipóteses e construção dos conceitos, do polo morfológico - onde será realizada a formatação do objeto científico, e o polo técnico - que é a coleta dos dados e a análise de acordo com a teoria. São esses quatro polos que definem o campo metodológico, por meio da interação dialética entre eles. Para fundamentar a abordagem qualitativa em pesquisa ele utiliza a concepção do *habitus* de Pierre Bourdieu e a perspectiva hermenêutico-dialética. *Habitus* refere-se ao capital social incorporado pelo sujeito e sua posição social que exerce influência sobre seu modo de pensar, de perceber, de sentir, de fazer e de agir nas situações vivenciadas. Envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva em que os sujeitos produzem e reproduzem ações, influenciam a realidade e são influenciados por ela. A hermenêutica-dialética está relacionada a compreender, estabelecer relações, obter conclusões, esclarecendo as condições em que surgem as falas. Dialética porque na medida em que o sujeito transforma a realidade ela também atua sobre ele influenciando a criação de seu pensamento e ideias. A hermenêutica-dialética permite que o intérprete entenda o texto, as falas e depoimentos como um processo social que tem um significado específico e é resultado de várias determinações (GOMES, 2014).

A construção da pesquisa se deu vinculada às abordagens qualitativas em pesquisa social. Inicialmente, foi realizada pesquisa bibliográfica para elaboração do referencial teórico e análise do estado da arte das reflexões que articulam as hierarquizações de gênero em sua interface com a produção do cuidado em saúde mental. Bem como dos processos históricos de produção social do lugar de mulheres cisgênero na sociedade, na divisão sexual do trabalho e na saúde mental.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas individuais e utilizando como suporte plataformas digitais com profissionais que atuam nos serviços que integram a RAPS

e participam de movimentos de luta antimanicomial.

O convite para participação na pesquisa foi criado a partir do aplicativo Google Forms, os entrevistados foram acessados e convidados a participar por meio das redes sociais e grupos de mensagens, se trabalhou com a técnica conhecida como “bola de neve” em que os participantes iniciais da pesquisa indicam novos participantes de sua rede de contatos que atendam aos critérios de inclusão do estudo.

Após a divulgação do convite em redes sociais vinte pessoas, dezessete mulheres e três homens preencheram o formulário e colocaram-se disponíveis para participação na pesquisa e forneceram suas informações para contato, e-mail e número de telefone.

Não foram entrevistados membros do movimento da luta antimanicomial que não estejam atuando da RAPS no momento da pesquisa, trabalhadores e membros do movimento da luta antimanicomial que sejam exclusivamente vinculados a atividades de ensino e pesquisa, trabalhadores e membros do movimento da luta antimanicomial que desenvolvam suas atividades em instituições privadas de saúde e/ou educação nem membros do movimento da luta antimanicomial que sejam usuários e/ou familiares.

Foram entrevistados a total de nove participantes, sete mulheres e dois homens que concordaram em conceder a entrevista após serem contactados. Não se teve a intenção proposital de uma divisão proporcional de gênero na composição dos entrevistados.

O quadro a seguir apresenta um resumo do perfil dos profissionais entrevistados com relação à qualificação e o tempo de trabalho na saúde mental:

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Sexo	Profissão	Escolaridade	Tempo de trabalho na RAPS
E1	Feminino	Assistente Social	Pós graduação	13 anos
E2	Feminino	Nutricionista	Pós graduação	11 anos
E3	Feminino	Assistente Social	Pós graduação	15 anos
E4	Feminino	Psicóloga	Pós graduação	2 anos
E5	Feminino	Assistente Social	Ensino Superior	20 anos
E6	Feminino	Assistente Social	Ensino Superior	16 anos
E7	Masculino	Psicólogo	Pós graduação	6 anos
E8	Feminino	Psicóloga	Pós graduação	2 anos
E9	Masculino	Psiquiatra	Pós graduação	6 anos

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados fornecidos pelos participantes.

De acordo com os relatos fornecidos durante as entrevistas os participantes fazem parte de equipes de saúde mental da rede de atenção psicossocial de 7 municípios do Estado do RJ, 2 municípios do Estado de Pernambuco e de 1 município do Estado de Mato Grosso do Sul. São trabalhadores dos seguintes dispositivos de saúde: CAPS I, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, NASF, Emergência Psiquiátrica e Hospital Psiquiátrico.

Dois participantes vivenciaram a primeira aproximação com a saúde mental durante a graduação quando fizeram parte de núcleos de pesquisa e extensão e iniciação científica. Um participante tem como parte da sua formação a Residência Multiprofissional em Saúde Mental quando exerceu atividades em diversos serviços da rede pública de saúde mental. E todos os sete profissionais que concluíram pós graduação descritas como lato senso, mestrado e doutorado realizaram suas pesquisas com temas ligados à saúde. É possível ver através do quadro apresentado que a maioria dos profissionais possui vasta experiência de trabalho na saúde mental e um longo período de atuação em serviços da rede de atenção psicossocial.

Para garantia do sigilo e do anonimato na apresentação dos resultados os participantes foram nomeados pela letra E (entrevistado) e enumerados em sequência de um a nove, conforme a primeira coluna da Tabela 1.

Entende-se que a composição do grupo ouvido na pesquisa permitiu a construção de

percurso analítico-compreensivo sobre a relação entre a produção do cuidado integral em saúde mental para mulheres cisgênero e as hierarquizações de gênero.

De acordo com Salgado (2011) em uma pesquisa qualitativa podemos estudar um único caso, um número pequeno ou elevado de unidades de observação. O fundamental é que a pesquisa permita a compreensão de fenômenos e processos sociais em sua complexidade, por meio das informações construídas com os participantes e das habilidades de observação e análise do pesquisador. Nesse sentido, interessa que as ferramentas metodológicas tornem possível estudar com profundidade a questão da pesquisa, levando em consideração o lugar que os participantes ocupam dentro do contexto social, cultural e histórico e como suas subjetividades influenciam os significados que atribuem às suas experiências. O pesquisador também precisa estar atento para a forma como ele interage com os entrevistados e com o conhecimento teórico. Para Minayo e Guerriero (2013, p.1107) “A narrativa do antropólogo ou do pesquisador qualitativo, portanto, traz uma verdade, mas uma verdade que emerge do ponto de vista dos entrevistados e dele próprio num exercício de objetivação por aproximação”.

4.2 A ENTREVISTA

A entrevista pode ser considerada uma técnica privilegiada de comunicação, uma conversa com o objetivo de adquirir dados importantes para a pesquisa (GOMES, 2014). Por meio dessa técnica é possível conhecer a representação da realidade vivenciada pelo entrevistado, cada entrevista expressa de forma diferente sombras da realidade, tanto na forma de realização como nos dados produzidos, o contexto de sua produção deve ser levado em conta no momento da análise. A entrevista individual semiestruturada permite, por meio da utilização de um roteiro, um controle maior a respeito do que o entrevistador precisa saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, possibilita uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos apresentados (MINAYO; COSTA, 2018).

Para realização da pesquisa foram utilizadas ferramentas eletrônicas que não representaram custo para os participantes ou que já fossem de sua propriedade. As entrevistas aconteceram de forma remota e individual usando da plataforma Zoom, com duração média de uma hora em dia e horário de escolha do entrevistado. Antes do início da entrevista o participante foi informado sobre a importância de que fosse gravada, ele recebeu explicações sobre a pesquisa, os objetivos, metodologia, eventuais riscos e benefícios previstos. Bem como foi esclarecido pela pesquisadora sobre eventuais dúvidas que surjam no processo,

sendo-lhe garantido o direito de cancelar sua participação na pesquisa a qualquer tempo. Também foi informado de forma clara sobre o seu direito de não responder qualquer pergunta sem a necessidade de fornecer explicações ou justificativas. As informações produzidas foram utilizadas exclusivamente para essa pesquisa e em todas as etapas da pesquisa e em suas decorrentes publicações a identidade dos entrevistados será mantida em sigilo, assegurando dessa forma sua privacidade e confidencialidade. A entrevista só aconteceu após os esclarecimentos do participante e de seu consentimento em participar da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹. Cada participante foi informado sobre a possibilidade de solicitar uma cópia da gravação se desejar.

Para que fosse possível conhecer opiniões, interesses, percepções e situações apresentadas por profissionais que contribuam para reflexões sobre como enxergam as questões relativas às hierarquizações de gênero e quais suas possíveis implicações no cuidado integral em saúde mental direcionado às mulheres, a entrevista foi baseada no roteiro apresentado a seguir:

- 1) Você pode se apresentar e contar um pouco sobre o trabalho que realiza na saúde mental?
- 2) Qual a importância do movimento de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica para você?
- 3) Como você percebe a relação entre a saúde mental e as mulheres? Você acha que mulheres e homens experimentam o “sofrimento psíquico” de maneira diferente? Como você acha que o “sofrimento psíquico” afeta a vida das mulheres? (Pensando na sua empregabilidade, no exercício da maternidade, nas relações familiares e afetivo-sexuais.). Como você percebe a chegada das mulheres aos serviços de saúde mental? Você pensa que há uma abordagem específica para as mulheres nos serviços de saúde mental?
- 4) Você pensa que existem situações vivenciadas por mulheres na sociedade que podem afetar sua saúde mental? Essas situações aparecem no cotidiano do seu trabalho? Como a equipe lida com essas situações ao pensar estratégias de produção de cuidado voltado para mulheres?
- 5) Na unidade de saúde em que você trabalha existem atividades voltadas especificamente para mulheres?

¹ Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ. Número do parecer: 5.371.655.

- 6) Como você acha que a mulher com “sofrimento psíquico” é vista pela sociedade?
- 7) Você acha que trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico afeta a vida dos trabalhadores da saúde? Você já percebeu que a maioria dos trabalhadores da saúde mental são mulheres? Como isso acontece no serviço em que você trabalha? Porque você acha que isso acontece? Em sua opinião os efeitos de trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico são iguais para homens e mulheres que trabalham nos serviços de saúde mental? Que diferenças você percebe? Como você percebe o trabalho das mulheres na saúde mental?
- 8) Você gostaria de acrescentar mais alguma colocação sobre a relação entre as mulheres e a saúde mental que você acredita ser importante e que eu não tenha perguntado?

Por ser uma entrevista semiestruturada é importante destacar que a intenção foi que o entrevistado falasse livremente sobre as questões apresentadas, algumas perguntas do roteiro só foram realizadas na medida em que os temas que abordam não emergiram no discurso do entrevistado. Bem como poderiam emergir outras questões não previstas e relevantes no diálogo com os mesmos.

As informações produzidas foram armazenadas de forma que seja garantido o sigilo e a confidencialidade dos diálogos com os entrevistados, sendo salvas com segurança em dispositivo eletrônico de minha propriedade.

Os riscos nessa etapa da pesquisa envolveram: tomar o tempo do sujeito de pesquisa, a invasão de sua privacidade, a rememoração de questões sensíveis da vida, do seu cotidiano do trabalho e o ativamento de emoções a elas vinculadas e a sensação de vulnerabilidade ao revelar pensamentos e sentimentos.

Com objetivo de minimizar tais riscos asseguraremos a privacidade, confidencialidade, anonimato e proteção da imagem. Além disso, estivemos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto e suspenderíamos a entrevista imediatamente ao perceber risco ou dano à sua saúde ou no instante em que os participantes desejarem.

Consideramos que os benefícios dessa pesquisa se referem à contribuição para que profissionais de saúde reflitam sobre situações relacionadas às hierarquizações de gênero na produção de cuidado em saúde mental direcionado às mulheres e na construção de políticas públicas que invistam na garantia da integralidade e equidade.

4.3 A ANÁLISE DOS DADOS

A proposta de análise utilizada foi a hermenêutica-dialética. Partindo das reflexões de Minayo, Gomes (2014) afirma que existem dois níveis de interpretação. O primeiro nível diz respeito ao contexto sócio histórico do grupo social em questão, que desvende os aspectos mais abstratos e mediadores do contexto da pesquisa. O segundo nível de interpretação, o ponto de partida e chegada de qualquer pesquisa, é o encontro com os fatos empíricos, que expressam relações típicas e específicas do grupo em estudo.

Após a transcrição das entrevistas e organização do referencial teórico, realizou-se a reorganização dos dados coletados. Na leitura do material sistematizado, emergiram as categorias empíricas e realizada a análise de cada entrevista. A análise final se fez no diálogo entre as categorias empíricas e categorias teóricas.

A partir da análise das informações apresentadas durante as entrevistas realizadas para essa pesquisa surgiram as categorias que, segundo os participantes, estariam presentes na relação das mulheres com a saúde mental. Destacamos as seguintes: a reforma psiquiátrica, a divisão sexual do trabalho, o exercício da maternidade, a violência de gênero e a violência autoinfligida. A partir dessas categorias propomos uma reflexão sobre como os profissionais lidam com essas situações e seus impactos na vida e na saúde mental de mulheres atendidas em serviços da rede de atenção psicossocial.

A relação das mulheres com a saúde mental foi descrita pelos profissionais a partir de situações que consideram mais marcantes nessa relação, como as que levam ao sofrimento psíquico, que causam seu agravamento e as que estão relacionadas aos impactos desse sofrimento em suas vidas. Seja pelas dificuldades apresentadas por ele ou pela forma como a sociedade lida com o que considera loucura e o uso de álcool e outras drogas.

5 RESULTADOS

5.1 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: AVANÇOS, RETROCESSOS E RESISTÊNCIA

Sobre a importância do movimento de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica todos os entrevistados apontaram tais processos como fundamentais para produção do cuidado em saúde mental no território que seja pautado no respeito aos direitos humanos e na promoção da cidadania, conforme apresentado nos seguintes trechos das entrevistas:

Ela ocupa um lugar muito importante porque eu enxergo ela assim como a reforma sanitária como um dos pontos da reforma social no Brasil, de um processo de democratização que a gente viveu com a nossa Constituição Federal, eu acho que a reforma psiquiátrica junto com a reforma sanitária ocupou esse campo de Luta pelos Direitos Humanos, pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico (E4).

Eu acho que a riqueza da reforma foi colocar o sujeito nessa noção de que ele é ativo no cuidado dele e de que ele não precisa ficar tanto tempo internado (E1).

Eu acho que teve um papel fundamental naquela época, um divisor de águas, inclusive no que diz respeito a garantia de direitos humanos. Esse é um dos principais pontos, um dos principais norteadores (E2).

Todos destacaram os avanços na Política de Saúde Mental que ocorreram nesses 30 anos de reforma psiquiátrica e mencionaram como elementos centrais: o reconhecimento e o estímulo da autonomia de pessoas com sofrimento psíquico; a criação de serviços considerados substitutivos aos hospitais psiquiátricos que possibilitaram a diminuição do número e do tempo das internações; a desinstitucionalização, que permitiu a saída de pessoas que viviam em hospitais psiquiátricos por longas internações e a possibilidade de cuidado no território.

A luta antimanicomial foi um marco importante porque começou a se entender a saúde mental enquanto doença não enquanto limpeza social, poder trabalhar e tratar essas pessoas como pessoas e não como bichos ou pessoas que estava a margem da sociedade (R3).

O início da reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu entre os anos de 1978 e 1980. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental teve importante participação na luta por mudanças na assistência em saúde mental que naquele momento era centrada exclusivamente nos manicômios. Através de denúncias feitas por trabalhadores foram

expostos os abusos e as violências sofridas pelos “pacientes” nessas instituições e as péssimas condições de trabalho. O MTSM foi formado não só por profissionais de saúde de várias categorias, também contou com a participação popular e para que tivesse o maior alcance possível não foi formalmente institucionalizado. A Articulação Nacional da Luta Antimanicomial surgiu como expressão desse movimento, como também surgiram outras expressões criadas por usuários, familiares e trabalhadores (AMARANTE, 1998).

Com o fim da ditadura que durou 20 anos, após as eleições diretas foram realizados conferências, seminários e outros encontros de organização popular que reivindicavam a construção de uma nova política de saúde mental. O primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foi inaugurado em São Paulo no ano de 1987 e recebeu o nome de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1989 foram criados os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). Ambos foram desenvolvidos com o objetivo de fornecer terapia ocupacional, acolhimento a crise, inserção social, promoção da cidadania, o cuidado em saúde mental através de acompanhamento terapêutico de acordo com necessidades individuais de cada sujeito em seu território. Após o fechamento de manicômios onde foram encontradas várias irregularidades, os serviços de acompanhamento territorial se multiplicaram pelo Brasil financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE, 1998).

O hospital psiquiátrico é apresentado, ainda hoje quando comparado com outros serviços da rede de atenção psicossocial como o lugar da violência, do abuso e do encarceramento, distante do que preconiza a política de saúde mental. Mesmo com essa concepção sobre o hospital psiquiátrico ele ainda é considerado necessário e acreditam que é importante ter esse recurso para ser utilizado em “casos extremos”. As internações são consideradas como “último recurso”. Uma das entrevistadas ao relacionar o movimento de luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica com a emergência psiquiátrica em que trabalha diz:

Eu trabalho dentro do hospital e muitos profissionais não estão ligados à Reforma e muito menos à luta antimanicomial, então é o tempo todo a gente tendo que afirmar a importância da pessoa com transtorno mental enquanto cidadão pertencente a cidade, a lutar contra essa lógica manicomial (E5).

Mesmo com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica e os avanços que permitiram a possibilidade de cuidado no território com incentivo da autonomia e protagonismo, pessoas com sofrimento psíquico ainda são vítimas de violência, exclusão e criminalização em diversos espaços sociais. A forma como a sociedade lida com essas pessoas ainda é marcada pelo estigma da loucura. O Hospital Psiquiátrico permanece sendo

utilizado como forma de “tratamento.

Em dezembro de 2018 foi realizada uma inspeção em 40 hospitais psiquiátricos financiados pelo Sistema Único de Saúde o SUS e localizados em 17 estados das 5 regiões do Brasil. Uma ação realizada em conjunto pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). O resultado da “Inspeção Nacional” foi divulgado através de relatório lançado em março 2020 com a denúncia de que foram encontradas diversas situações de violação de direitos humanos, situações de castigo, isolamento, uso excessivo de medicação, pessoas sendo obrigadas ao “tratamento”, ausência de projetos terapêuticos individuais, violência, abuso sexual e outras violências institucionais (BRASIL, 2020).

O cuidado compartilhando por uma rede é considerado um dos ganhos que a reforma psiquiátrica possibilitou. Mas é possível observar que durante as entrevistas os participantes se referiram às ações realizadas apenas no local de trabalho o que leva a crer que existe pouca interlocução com outros serviços. Entende-se que para um cuidado integral em saúde mental, promotor do convívio social, e a elaboração de um projeto terapêutico singular, que responda às necessidades individuais, sempre atravessadas por diferentes determinantes sociais é fundamental que sejam desenvolvidas práticas intersetoriais.

No que diz respeito a implementação da política de saúde mental, embora tenham ocorrido avanços significativos que permitiram o “cuidado em liberdade” e a criação dos diversos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial é possível perceber através dos relatos a ausência de serviços importantes na rede de saúde mental de alguns municípios, barreiras para a implementação e como a falta de muitos recursos compromete a produção de cuidado em saúde mental no território.

O CAPS que eu trabalho é um CAPS I de transtorno, que não tem interesse em virar dois porque alega que não vai ter um financiamento aí que justifique um aumento. Então muito preocupado ainda na questão do dinheiro, do que de fato na prática de política pública (E9).

Eu acho que o CAPS tem muitas dificuldades. Por exemplo aqui no município a gente só tem um serviço de saúde mental que está habilitado com verba do Ministério da Saúde. A gente não tem passagem para o usuário, não tem gás e não tem alimentação (E8).

Internação aqui era uma coisa muito comum. E a gente teve um grupo de gestão de saúde mental que conseguiu fechar um hospital psiquiátrico e reduzir o número de internações psiquiátricas em 100% durante 4 anos de gestão. A gente não conseguiu implementar o leito em Hospital Geral, não conseguiu fazer isso ainda.

A gente voltou com o número de internação por conta desses atravessamentos, desse movimento todo desse desgoverno (E3).

A realidade dos trabalhadores da saúde mental também é marcada pela insegurança e precarização quanto ao vínculo de trabalho, grande parte dos profissionais não é admitida por meio da aprovação em concurso público, sem estabilidade e com vínculos empregatícios frágeis são contratados pelas prefeituras ou pelas Organizações Sociais de Saúde responsáveis pela gestão de unidades de saúde do SUS, o que prejudica a continuidade do trabalho de acordo com o que é preconizado pela reforma psiquiátrica.

No território em que eu trabalho a maioria do equipe não tem formação em saúde mental, a indicação de profissionais ocorre por influência política muitas vezes, não pude selecionar os profissionais para o trabalho, foram indicados. Existe a dificuldade para lidar com as questões da saúde mental (E7).

Têm questões trabalhistas muito frágeis, acho que isso entra como muito importante para o modelo da reforma funcionar. Os trabalhadores também terem um vínculo mais seguro, que seja servidor ou seja CLT. Por exemplo, a forma de contrato aqui e a única forma de contrato no CAPS que eu estou. É por RPA. Então eu não tenho vínculo nenhum. Eu emito todo mês ali, não tenho férias, não tenho décimo terceiro, não tenho garantia trabalhista nenhuma. Isso é ruim porque se eu também arrumar outra coisa, se não for meu vínculo pessoal com o serviço é muito frágil (E9).

Em todas as entrevistas os profissionais deram ênfase ao retrocesso que a saúde mental tem vivido nos últimos anos. O sucateamento da RAPS e o aumento das internações são vistos como reflexos de mudanças políticas que ocorreram no Brasil a partir do impeachment da presidenta Dilma Rousseff, quando representantes de grupos de extrema direita e conservadores assumiram o governo federal.

Desde 2016 mudanças no cenário político do País têm resultado em alterações na política de saúde mental e na reforma psiquiátrica brasileira que vem sofrendo graves retrocessos tais como: o aumento do direcionamento de verbas públicas para comunidades terapêuticas particulares (notadamente religiosas) e leitos em hospitais psiquiátricos e a desvalorização dos serviços de atenção e cuidado integral à saúde mental no território favorecendo assim a lógica manicomial (CRUZ;GONÇALVES;DELGADO,2019). Em 2019 foi lançada a Nota Técnica Nº 11 com alterações na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital

Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas. Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2019).

De acordo com Clemente (2020) a nota técnica estimula as internações em hospitais psiquiátricos por um período maior do que 90 dias, contraria a redução de danos e também estimula a abstinência do uso de álcool e outras drogas através de uma perspectiva moralista e proibicionista, estimulando inclusive as internações compulsórias em Comunidades Terapêuticas que são em sua maioria instituição não governamentais administradas por grupos religiosos financiadas pelo governo através de políticas antidrogas.

Em 2017 o valor anual da verba federal destinada às Comunidades Terapêuticas correspondeu ao valor de R\$ 44.279.350 e em 2020 elas receberam R\$ 105.216.538. A maior parte dessas clínicas tem como forma de “tratamento” a abstinência, o isolamento, trabalhos forçados e a obrigatoriedade de práticas religiosas (DIAS, 2022).

A presença de adolescentes em comunidades terapêuticas também ocorre com diversas irregularidades, sem a capacitação necessária para esse tipo de acompanhamento. Os adolescente muitas vezes são encaminhados de forma compulsória pela justiça pelo uso de álcool e outras drogas. Uma em cada quatro comunidades terapêuticas recebem adolescentes que convivem com os adultos internados nesses espaços e são submetidos às mesmas formas de “tratamento” (FERRAZ, LEVY, 2019).

A luta antiproibicionista se vincula a antimanicomial contra as ações de controle social que utilizam a lógica manicomial para encarceramento e dominação conforme aponta Ingrid Farias:

A luta antiproibicionista se articula a partir dos impactos produzidos pelos modelos proibicionistas de guerra às drogas, que por sua vez se articula da lógica manicomial aumentando o número de internações prolongadas de usuários de drogas no Brasil e definindo conceitos diferenciados de “recuperação” (FARIAS, 2017 p.105).

O fortalecimento da “luta” popular é considerado essencial como forma de resistência à condução de uma política de saúde mental que privilegia a lógica privatista e a volta dos manicômios. Ao mesmo tempo em que é necessário um reformulação das práticas de cuidado e da organização dos serviços para responder à mudanças sociais que produzem novas formas de expressão do sofrimento.

A gente está num momento, tanto a própria luta, a gente está no momento inclusive de rever as formas de adoecimento, porque eu acho que a sociedade mudou, o tempo foi passando e as formas de adoecimento elas mudaram. A gente está no momento de rever a própria reforma de tanto retrocessos que a gente foi tendo (E2).

Um dos participantes chama atenção para o fato de que a lógica manicomial não fica restrita ao espaço físico do hospital psiquiátrico, pode ser reproduzida em discursos e ações noutros espaços da RAPS. Defendendo sua ligação com outras lógicas de exclusão, violência e dominação presentes na sociedade brasileira e sua ligação com o racismo o patriarcado e o cissexismo.

Não há possibilidade de defender uma sociedade sem manicômios pensando apenas nos manicômios físicos, mas nos manicômios que seguem se atualizando a partir de lógicas como por exemplo lógicas do patriarcado, do cissexismo e do racismo. Então para mim a luta antimanicomial me dá régua e compasso para pensar uma série de outras lutas que são importantes para mim como homem negro, um homem gay que tem origem periférica e nordestino (E7).

De acordo com Raquel Gouveia:

A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (PASSOS, 2018 p.13).

Consideramos que o movimento de luta antimanicomial é um potente instrumento na luta contra os retrocessos, é importante que suas ações e reflexões incluam diversos modos de vida e subjetividades. Para alcançar um cuidado em saúde mental, que promova a equidade e a integralidade é fundamental observar e incluir nos debates e reflexões sobre os impactos das desigualdades de gênero, raça e classe na vida da população brasileira e as transformações sociais que podem envolver novas formas de sofrimento.

5.2 AS ARMADILHAS DE SER UMA MULHER TRABALHADORA DA SAÚDE MENTAL

As desigualdades de gênero são extremamente perceptíveis no cotidiano da nossa sociedade. No caso dos processos de trabalho, tanto na esfera pública quanto na privada, é marcante a desigualdade. A divisão sexual do trabalho é o reflexo das relações de gênero em dado momento histórico. Tanto no trabalho doméstico quanto no mercado de trabalho existe uma separação entre o que é classificado como “função masculina” e “função feminina”, como se determinadas práticas fossem destinadas naturalmente para cada um dos sexos. Nessa divisão o trabalho atribuído às mulheres é o considerado de menor valor (TEIXEIRA, et al., 2021).

O racismo estrutural presente na sociedade brasileira faz com que as desigualdades sofrida por mulheres negras sejam ainda maiores, de acordo com Lélia Gonzales (1982 apud TEIXEIRA, et al., 2021, p.46): “a divisão racial e sexual do trabalho desemboca em um processo de tríplice discriminação sofrido pela mulher negra como: de raça, classe e sexo”. De acordo com Passos (2017) foram encontrados registros sobre o trabalho realizado pelas escravas e africanas livres nos primeiros manicômios brasileiros, o que foi colocado na invisibilidade já que a maioria das pesquisas sobre essas instituições tiveram a intenção de descrever apenas o perfil dos internos.

Não podemos deixar de assinalar que as mulheres negras (escravas, africanas livres e libertas) foram força de trabalho nos primeiros hospícios brasileiros. A maioria dos estudos apresenta o perfil dos internos dos hospícios, mas a manutenção da lógica manicomial também se estruturou na exploração, na desigualdade e na subalternidade étnica e racial do trabalho feminino. Tais elementos encontram-se enraizados na formação social brasileiro (RIBEIRO, 2016; BERIN,2010 apud PASSOS; PEREIRA, 2017).

Atualmente nos setores da saúde as mulheres são a maioria entre os trabalhadores, contribuindo com o desenvolvimento de pesquisas, tecnologia e diretamente na assistência em saúde. Elas também estão em maior número entre cuidadores de crianças, idosos e outras pessoas que necessitam de cuidados (Lima, Machado; 2019). De acordo com dados do IBGE (2021) em 2019 as mulheres se dedicaram aos afazeres domésticos e ao cuidado com outras pessoas quase o dobro do tempo dos homens e receberam em média 77,7 % de seus

rendimentos, mesmo tendo trabalhado por mais tempo e com um nível educacional mais alto.

Nos cursos de graduação as mulheres estão em menor número nas áreas de exatas e são a maioria em áreas ligadas ao cuidado. No Brasil 65% dos profissionais que atuam nos serviços de saúde são mulheres, em áreas como psicologia e enfermagem o percentual atinge 80%. No serviço social, nutrição e fonoaudiologia chega a 90%. A enfermagem é a categoria com o maior número de profissionais no Sistema Único de Saúde e é constituída predominantemente por mulheres negras. (TEIXEIRA, et al., 2021).

As entrevistas realizadas com profissionais da saúde mental possibilitaram uma reflexão sobre como a divisão sexual do trabalho se reproduz também no cotidiano da RAPS. Ao fazerem considerações sobre o lugar das mulheres enquanto trabalhadoras da saúde mental os entrevistados destacaram que elas também representam a maioria nas equipes em profissões relacionadas ao cuidado como assistentes sociais, psicólogas, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, copeiras e cuidadoras. Os homens estão presentes majoritariamente nos cargos considerados masculinos como seguranças e vigilantes e no de alto prestígio social: o de médico.

Os entrevistados mencionam que o quantitativo de homens e mulheres nas equipes pode mudar de acordo com as especificidades de cada serviço da rede, observam que geralmente “no CAPS infantil todas são mulheres, no CAPS adulto a maioria mulheres, no AD e consultório na rua encontramos mais homens” (E4). Bem como sinalizam que a divisão sexual do trabalho se conjuga às divisões corporativas e de hierarquização de poder/renda: “dentro das equipes você tem as subdivisões: A equipe médica, a equipe de nível superior, a equipe de enfermagem e a equipe técnica de enfermagem e os demais, vigilantes, recepcionista e copeiro.” (E1).

A feminilização de uma profissão acontece quando passa a ser exercida por um grande número de mulheres e a feminização diz respeito à valorização, quanto maior o número de mulheres menor é o prestígio social.

Quando me formei eu acho que só tinha um assistente social homem e 15 ou 16 mulheres. No serviço social a gente vê um número grande de mulheres, na enfermagem a gente também vê um número grande de mulheres, a gente vê um número grande de mulheres na medicina. Se bem que os dois médicos que trabalham no CAPS são dois homens e tem uma mulher. Na questão da medicina eu acho que ainda tem um grande número de homens (E3).

Eu lembro que na época da minha faculdade era uma sala de 40 pessoas e eram 5

homens. E é uma coisa que parece que se repete. Não sei se é essa noção de que uma profissão de saúde é uma profissão “feminina” porque o cuidado é feminino, talvez seja isso (E1).

Ao realizarem comparações sobre a presença de profissionais homens e mulheres na saúde mental as trabalhadoras são tidas como frágeis fisicamente e mais suscetíveis a sofrerem diferentes tipos de violência no ambiente de trabalho. O medo da violência é mencionado e está relacionado ao fato de que todas as mulheres estão sujeitas à violência e em todos os espaços da vida social, uma das participantes menciona que “constituir-se mulher é através infelizmente da violência” (E1). Os homens são considerados fisicamente mais fortes, mais respeitados e suas falas recebem maior legitimidade durante as abordagens. Em serviços como o CAPS AD III, por exemplo, a presença de profissionais do sexo masculino nas equipes de enfermagens é vista como importante para a realização contencões físicas quando necessário.

Teve uma situação a pouquíssimo tempo atrás, um usuário que estava fazendo uso no serviço e aí a gente conversou eu pedi que ele se retirasse do serviço, não era dia do projeto dele e eu solicitei que ele saísse e ele não gostou muito, não quis sair e eu convidei ele a se retirar e aí veio um colega de trabalho bem mais alto que eu e disse: Ela não pediu para sair? Então você precisa sair. E aí ele levanta e sai (E2).

Usuários e usuárias que são mais agressivos e aí vem com mais força, a gente tem uma noção de que as vezes ter um técnico de enfermagem homem pode conter um pouco mais (E1).

Os participantes consideram que os discursos femininos são invalidados também nas discussões entre profissionais da equipe, inclusive quando são colocações de mulheres que ocupam cargos de liderança, “é uma atenção maior para quando o homem fala” (E5). Com a tentativa de serem ouvidas e de provar sua capacidade procuram construir argumentos “bem fundamentados”, no entanto sentem que em seus posicionamentos serão sempre mais cobradas do que os homens.

Um dos serviços que eu passei tinha uma gerência mulher e uma gerência masculina e a forma como eles eram respeitados era diferente, a forma e a legitimidade do discurso era diferente, então isso já diz alguma coisa. (...) Quando um profissional homem vai falar a escuta é diferente de quando uma profissional mulher vai falar, eu percebi, eu vivi isso então não tenho como negar, como achar que não era porque isso realmente aconteceu. Profissionais da mesma área de atuação, quando uma psiquiatra vai falar ou quando um psiquiatra vai falar, quando uma psicóloga e quando é um psicólogo, assim discrepante (E4).

Aqui a coordenadora era uma assistente social muito submetida também a essa

direção machista. Tanto é que alguma coisa acontece, essa coordenadora é colocada para o lado, ela se cala e a direção se coloca em uma postura de nós que mandamos (E9).

Recentemente eu tive a possibilidade de ter junto comigo na gestão uma coordenadora técnica, uma mulher que já fazia parte da equipe, nós percebemos e conversamos sobre ter uma diferença no modo como alguns homens da equipe legitimam o que eu falo e não o que ela fala e mais facilmente eles têm uma atitude desrespeitosa com ela e comigo não, uma atitude machista com ela e comigo não (E7).

Quando perguntamos se consideram que os homens e as mulheres são afetados da mesma forma pelo trabalho realizado na saúde mental todos os participantes disseram que são afetados de formas diferentes. Um dos entrevistados menciona que na função de coordenador do CAPS percebe que “as trabalhadoras estão mais expostas a investidas de homens, colegas de trabalho (...) e muitos usuários endereçam para as mulheres trabalhadoras pedidos de namoro e casamento sexualizando essa relação” (E7) e que frequentemente recebe queixas que envolvem julgamentos morais de usuários homens a respeito do comportamento de mulheres usuárias do serviço e das trabalhadoras, julgam se a roupa que estão usando é apropriada, se as funcionárias estão “ficando” com outros funcionários ou se estão “flertando” com eles.

Além da sexualização e controle dos corpos femininos que aparecem no nesses discursos, é possível perceber em algumas falas a reprodução de estereótipos de gênero ao descreverem o trabalho realizado pelas mulheres na saúde mental:

Acho que as mulheres se vinculam mais ao usuário, mais ao cuidado (...) Eu acho que a gente trabalha com mais entrega, com mais cuidado, com mais interesse, que a gente estuda mais, a gente está sempre lendo. Eu acho que as mulheres que trabalham comigo tem esse olhar, os homens são mais frios, um olhar de um cuidado maior, mesmo que aquele cuidado frustrate as nossas expectativas (E3).

A mulher no lugar de cuidar ela é muito na frente. Se comprometem mais nesse trabalho, com certeza, eu acho que uma escuta mais atenta, uma preocupação com desdobramento do caso. Eu percebo isso às vezes até mesmo na nos cuidados no trabalho do enfermeiro. Eu trabalho muito com enfermeiras e técnicas de enfermagem. E tantas enfermeiras quanto as técnicas elas são muito mais atenciosas, muito mais muito mais cuidadosa e muito mais atentas (E5).

Eu acho que talvez a mulher tenha esse lugar mais submisso, mas eu percebo que algumas mulheres não se colocam nesse lugar de submissão e a forma como encontram para lidar não é para um lugar, por exemplo, do feminino, que tem alguma coisa mais delicada, uma forma mais... você pode estar no poder totalmente ali, deve, mas como você vai construir aquilo ali de uma forma que não seja agressiva (E9).

A delicadeza é considerada uma característica ligada ao feminino, as mulheres são descritas como mais participativas, mais comprometidas com o trabalho e com uma escuta mais atenta. Percebe-se também a naturalização do papel da mulher como cuidadora no ambiente de trabalho o que pode contribuir para que homens sejam dispensados ou não se envolvam na realização de algumas atividades. Ao mesmo tempo observam que as mulheres são mais julgadas e mais cobradas, precisam se esforçar mais para conquistar o mesmo respeito oferecido aos homens no exercício de suas funções.

Eu acho que particularmente eu me cobro e me cobrei nesses anos que eu passei dentro do serviço de saúde mental uma postura muito sólida de argumentos que eu precisava estar sempre estudando e revisitando para que essa legitimidade... para que o meu trabalho fosse respeitado (E4).

No cotidiano do trabalho na saúde mental as trabalhadoras precisam enfrentar importantes desafios “na produção de novos sentidos para o viver, que propõem a desinterdição do desejo e a produção de redes de acolhimento” (ALMEIDA; MERHY, 2020 p. 67). Trata-se de acolher as pessoa com sofrimento psíquico em suas particularidades e as dificuldades que atravessam a vida de cada um deles e de suas famílias e de pensar projetos terapêuticos singulares que visem a transformação de realidades sociais complexas e demandam um trabalho em equipe e intersetorial, em muito prejudicado pela falta de investimentos em políticas públicas, a precariedade dos vínculos trabalhistas e a desvalorização do seu trabalho.

Olha eu gostaria muito que fosse melhor pra gente, tendo reconhecimento profissional a valorização, eu acho que enquanto Profissionais de Saúde nosso reconhecimento é muito pouco (...) Acho que a gente recebe muito mal, acho que a gente trabalha muito ou triplas jornadas entender mais essa questão também e infelizmente assim a gente vem adoecendo muito também. As atividades que a gente faz e que exigem uma responsabilidade imensa. Porque são as vidas das pessoas que estão sob nossos cuidados também nessa construção diária (E4).

A gente fica muito mais aberto, mas por outro lado também a gente fica muito mais adoecido. Por que é um trabalho que requer muita energia, muita energia emocional e partilhar os sofrimentos, que é um sofrimento não deixa de ser um sofrimento, é difícil porque querendo ou não parte desse sofrimento ele passa pra gente também (E5).

Esses desafios são geradores de angústia na medida em que as trabalhadoras precisam lidar com muitas responsabilidades, situações complexas e sofrimentos, a maior parte das vezes sem os recursos necessários. Grande parte das trabalhadoras da saúde também desempenham suas funções sem a garantia de direitos trabalhistas, salários defasados e através de contratos que não permitem férias, 13º salário ou licença maternidade e se deparam com a invisibilidade materna já na gestação, diante da maternidade as

desigualdades se intensificam.

Várias vezes a gente teve que pensar situações em que as trabalhadoras engravidaram e a gente teve que pensar em como garantir a licença maternidade, lá o vínculo é por prestação de serviço e não existe garantia trabalhista nenhuma (E7).

Após a divulgação do nosso convite para participação nessa pesquisa sobre mulheres e saúde mental percebemos que houve baixa adesão dos homens, as mulheres representam 90% das pessoas que concordaram em conceder as entrevistas, os homens – todos cisgênero, que aceitaram participar se identificaram como homossexuais e durante as entrevistas refletiram sobre o afastamento dos homens das “questões de gênero”. Os homens entrevistados acreditam que os homens gays e transexuais são os que mais se aproximam da reflexão crítica sobre as questões de gênero na saúde mental e na sociedade. No entanto, persiste a impressão de que gênero se relaciona àquilo que diz respeito ao feminino, como expresso na fala de uma das participantes:

Eu acho que tem uma questão empática no sentido de que “eu não vivencio essas situações então não é algo para eu me preocupar”, inclusive que eu acho que para se preocupar e ser atingido por essas situações eles vão precisar rever suas atitudes, então para não se afetar tanto com isso e permanecer com determinados privilégios é por isso que eu acho que tocam em lugares diferentes (E2).

Ainda que o grupo de profissionais entrevistados seja composto predominantemente por mulheres trabalhadoras da RAPS, durante as entrevistas ao descreverem a relação das mulheres com a saúde mental, suas reflexões em grande parte se vinculam às usuárias dos serviços e familiares. Não apresentaram maiores análises sobre os impactos da divisão sexual do trabalho em suas vidas enquanto trabalhadoras da saúde mental. Embora percebam diferenças na forma como homens e mulheres são afetados por esse trabalho, essas diferenças foram associadas às características naturais do masculino e do feminino.

A noção do cuidado e do sofrimento como sendo inerentes à constituição do ser mulher impedem a construção de estratégias para enfrentar as adversidades. De acordo com TEIXEIRA (et al., 2021) “A valorização das mulheres trabalhadoras de saúde virá da compreensão e da consciência sobre a contribuição dos serviços que prestam e da diversidade de desafios que enfrentam”. A falta de investimentos em políticas públicas, a precariedade dos vínculos trabalhistas, a desvalorização do seu trabalho e as desigualdades de gênero, raça e classe são algumas das armadilhas que precisam enfrentar enquanto trabalhadoras da saúde mental.

Apesar das dificuldades o convívio com os usuários, a construção do coletivo, a possibilidade de questionar a ideia de normalidade e a participação na luta antimanicomial são considerados gratificantes e geram satisfação tanto para a vida profissional quanto pessoal.

As trabalhadoras da saúde mental desempenharam importante papel na luta do movimento antimanicomial e na implementação da reforma psiquiátrica, ao lado de usuárias e familiares buscaram a construção de um novo olhar sobre a “loucura” e de práticas em saúde transformadoras, construídas através do coletivo, respeito aos direitos humanos, por meio da arte e da liberdade. E através de movimentos sociais e no cotidiano do trabalho na RAPS seguem no enfrentamento da lógica manicomial. A luta contra os retrocessos é constante, o preconceito contra pessoas com sofrimento psíquico segue alimentado pela lógica racista, capitalista e patriarcal que promovem a exploração, exclusão e o silenciamento de populações mais vulneráveis.

As entrevistas realizadas visibilizam que as trabalhadoras da saúde mental também são atingidas pelos reflexos da desvalorização do trabalho feminino. Embora exerçam atividades extremamente importantes para a promoção do cuidado em saúde de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares, na busca pela “oferta de um cuidado que de fato desestabilize a lógica manicomial que está presente para além do manicômio físico” (E7) com a promoção da cidadania de pessoas com sofrimento psíquico para que ocupem o seu lugar como sujeitos de direitos na sociedade.

5.3 A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A SOBRECARGA COMO DISPARADORES DE SOFRIMENTO EM MULHERES

A divisão sexual do trabalho também afeta a vida das mulheres atendidas nos serviços de saúde mental. Com relação aos familiares, os participantes apontaram que a maioria das pessoas envolvidas nos cuidados dos usuários da RAPS também são mulheres. De acordo com dados do IBGE (2020) o envolvimento com o trabalho “invisível” não remunerado tem impacto direto sobre a participação de mulheres no mercado de trabalho, quanto maior o tempo de ocupação no cuidado com outras pessoas e com os serviços de organização da casa menor é a presença em atividades remuneradas. O que afeta financeiramente famílias

de pessoas com sofrimento psíquico, gera um excesso de trabalho para as familiares envolvidas em seus cuidados e dificuldades de inserção no mercado de trabalho.

Os participantes citaram “o grupo de família” como um dos espaços de atendimento destinado aos familiares, mas percebem que a presença nas atividades realizadas pelo grupo é majoritariamente feminina. A ausência de homens é associada ao fato do cuidado de “familiares que adoecem” ser atribuído às mulheres, ao grande número de mulheres que cuidam de seus filhos sem a presença paterna e com construções sociais a respeito da maternidade em que mãe é “aquela pessoa que tem que estar ali independentemente de qualquer coisa, eu acho que tem esse lugar social muito construído assim” (E2).

Uma pessoa que estava na pernoite lá do CAPS eu me deparei com ela. Era a esposa de um usuário que eu acompanhava que tinha um processo de adoecimento de anos, de repente ela estava lá. Ainda não parei para entender melhor como foi esse processo, mas ela também nesse adoecimento. Eu lembro que ela especificamente, eu a atendia, tinha muito isso dela ser a pessoa que tinha que dar conta de tudo, desse marido adoecido, do filho que era uma criança e ter que dar conta do trabalho (E1).

O acúmulo de várias funções e responsabilidades podem causar sofrimento em mulheres que além de sobrecarregadas são silenciadas, não podem expor suas queixas ou dificuldades diante da realização de algumas atividades que consideram como suas obrigações posto que vinculadas “naturalmente” ao papel feminino. Nesse sentido uma das profissionais entrevistadas menciona que tem observado uma mudança no perfil das pessoas que chegam para acompanhamento no CAPS em que trabalha, com o aumento de quadros de saúde mental relacionados ao diagnóstico de ansiedade e depressão em que a sobrecarga feminina também está presente:

O perfil de usuário e usuária de CAPS tem modificado bastante ao longo dos anos. A gente vê pessoas muito mais ansiosas agora, muito mais depressivas. Porque antes era uma coisa de esquizofrenia mesmo, bipolaridade, hoje a gente vê um misto disso assim. Então tem muito de outras questões, as pessoas mais organizadas psiquicamente, mas que tem um quadro depressivo, um quadro ansioso, você vê algumas situações. Por exemplo: sobrecarga, a mulher que tem que dar conta de tudo, de ser a pessoa de suporte (E1).

O excesso de trabalho é apontado pelos profissionais entrevistados como um disparador de sofrimento em mulheres que chegam aos serviços de saúde mental. Os participantes também consideram que esse sofrimento é intensificado pela cobrança de corresponderem ao “modelo ideal de mulher” e da necessidades de proverem sozinhas o sustendo da família, o que pode levar mulheres à situações limites. “A exigência social para que cumpram este

padrão preestabelecido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-as em uma vivência de impotência, apagada” (COSTA; FIUZA; ZENELLO, 2015, p.239).

A mulher que tem que cuidar dos pais, dos filhos, de si e o que acontecer. No final das contas ainda trabalhar dentro e fora de casa. O que mais acontecia é que ela quando chegava não estava dando mais conta. Estava adoecida em situação de crise grave mesmo, uma depressão mais grave, uma depressão psicótica ou em uma coisa mais maniforme ou muito ansiosa, ou uma depressão de não estar dando conta (E9).

E as mulheres que são atendidas na emergência psiquiátrica, eu acho que são as que mais sofrem por que carregam o peso de toda dificuldade ver a mulher enfrentando, as dificuldades muitas vezes com a maternidade em conseguir dar conta da saúde e da prole (...) o peso para mulher até de se perceber em crise o quanto é difícil isso. A mulher ela tá sempre precisando provar alguma coisa e o quanto está doente é difícil porque no colo da mulher tem a histeria, tem o mimimi, tem a louca quando não é louca e quando é louca mais difícil ainda (E5).

Lidar com a sobrecarga de trabalho no cuidado com os filhos, nas atividades da casa e do trabalho, além das dificuldades financeiras é considerado pelos profissionais como ainda mais difícil para mulheres com sofrimento psíquico. Acreditam que pode afetar diretamente seu auto cuidado, adesão ao projeto terapêutico e desencadear “crises”. Além do “peso” de serem julgadas como mulheres há o estigma da “loucura” que está relacionado a incapacidade para diversos atos da vida e para o trabalho.

Eu acho que a mulher ela tem muito mais culpa, ela carrega muito mais culpa, mais medo e mais vulnerabilidade. Ela tem essa obrigação de perfeição, de ser a boa mãe, de ser a boa filha. Então ela vem com esse sofrimento, eu não fui boa filha, eu não dei certo como esposa...eu não dei certo como mãe. Isso marca muito (E3).

Mulheres com sofrimento psíquico encontram diversos obstáculos relativos aos preconceitos vinculados a usuários da RAPS, que dificultam ou até mesmo impossibilitam sua inserção no mercado de trabalho. Com o recebimento de benefícios assistenciais que são insuficientes para seu sustento e de suas famílias, algumas mulheres buscam a obtenção de uma renda a partir do trabalho informal, principalmente através da venda de produtos alimentícios.

Muitas delas usam a alimentação como uma possibilidade. Cozinhar para vender produtos ou preparações alimentícias. Isso é um grande achado no CAPS. Mulheres que tem como primeira possibilidade para garantir alguma renda, fazer alguma coisa para comer, seja doce ou alguma coisa salgada. E aí vendem como ambulantes (E2).

Durante as entrevistas os participantes não falaram a respeito de projetos de geração de renda, uma das profissionais entrevistadas diz que geralmente é realizado um trabalho individual em conjunto com a usuária que busca a inserção no mercado de trabalho e que o trabalho informal acaba sendo a primeira opção.

Quando perguntamos de que forma esse sofrimento relacionado ao trabalho é percebido pelas equipes de saúde mental alguns profissionais relataram que “Muitas vezes a equipe tem esse olhar também preconceituoso, que a “fulana” não tem jeito, não quer nada com nada. Não vê o sofrimento dela como tem que ser visto” (E3). Dessa forma percebemos que o preconceito e estigma que enfrentam no mercado de trabalho também aparece em alguns discursos nos serviços de saúde mental.

5.4 QUEM TEM O DIREITO DE SER MÃE? MULHERES COM SOFRIMENTO PSÍQUICO E O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE

Pesquisas realizadas em registros dos primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros traçaram o perfil das mulheres que foram internadas nessas instituições. A maior parte delas foi descrita como “parda” ou “negra”, mulheres pobres que chegavam aos manicômios levadas por guardas de forma involuntária na maioria das vezes. Elas eram minoria entre os “pacientes”, mas tinham o maior tempo de internação e a maior parte dessas mulheres acabou morrendo nessas instituições. As anotações realizadas nos prontuários demonstram que haviam um julgamento moral sobre sua sexualidade, seus corpos, sua menstruação e sobre como seus comportamentos correspondiam ou não ao modelo ideal de mulher. O manicômio utilizado como instrumento de controle social, apagamento da sua subjetividade e o controle de seus corpos (FACCCHINETTI; MUÑOZ; RIBEIRO, 2008).

Nesse sentido a psiquiatria também contribuiu para a criação de estereótipos de gênero e de um discurso hegemônico sobre o papel da mulher na medida em que associava o adoecimento à capacidade de corresponder à determinados padrões sociais. No entanto, quanto a maternidade se produzia um tensionamento. Se a negação da maternidade era considerada um desvio de comportamento, posto que o corpo feminino estava predestinado a tarefa da reprodução, então como lidar com o desejo da maternidade das mulheres ditas loucas? O tensionamento persiste, pois, em que pese o exercício da maternidade permaneça ligado àquilo que “naturalmente” caracteriza uma mulher, ele não é “aconselhável” nem

“permitido” para muitas mulheres pobres que fazem uso de álcool e outras drogas e para mulheres com sofrimento psíquico.

Segundo os profissionais entrevistados para essa pesquisa a maioria das mulheres atendidas nos serviços da RAPS, assim como ocorria nos hospitais psiquiátricos antes da reforma psiquiátrica, também são mulheres negras. Chama a atenção nos relatos a chegada das mulheres aos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPSAD):

Por demanda espontânea eu não sei se chegam, eu não estou conseguindo lembrar ninguém que exemplifique isso. Eu atendi geralmente vindas do serviço de urgência e emergência, eles redirecionam pro serviço de ambulância ou já chegam para uma avaliação em possibilidade de ocupação de leito de atenção à crise, algumas recebem alta com encaminhamento direto para começar o tratamento no CAPS. Já tiveram alguns casos que vieram da assistência, por que precisaram por conta de alguma situação de violência estarem abrigadas ou via justiça (E2).

A maioria das vezes são encaminhadas pelo conselho tutelar. A maioria encaminhada por conta de denúncia ou algum episódio em que elas perderam os filhos. A grande maioria das mulheres que procuram o CAPSAD é por conta disso, ou é conselho tutelar ou vara da família, ou vara da infância e adolescência, sempre tem filho ou alguma coisa envolvida assim (E3).

Percebe-se que os homens representam a maior parte das pessoas atendidas no CAPSAD e que a busca espontânea de mulheres por esse serviço é baixa. Frequentemente elas são encaminhadas pelo Conselho Tutelar ou por solicitação judicial em processos que na maior parte das vezes envolvem a guarda e o cuidado de seus filhos. É comum que mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas sejam avaliadas por serviços da rede de proteção à criança e ao adolescente sob suspeita de negligência no cuidado com seus filhos crianças e adolescentes e em muitos desses casos ocorre a perda do poder familiar.

O artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) indica como medida de proteção a “requisição de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico de forma ambulatorial ou hospitalar” quando necessário, a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento de alcóoltras e toxicômanos” de crianças e adolescentes ou de seus responsáveis e também determina que seja feita “a inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família da criança e do adolescente.” Diferente da realidade vivenciada por essas mulheres e seus filhos.

A gente vê pessoas sofrendo situações, perda de poder familiar pela mulher por ela fazer um uso de substância que nem é um uso problemático (...) como se ela tivesse que ser a pessoa perfeita da família. O preconceito dos serviços de proteção por exemplo. A gente percebe várias mulheres que perderam os filhos, a criança fica abrigada e às vezes ela tem o cuidado com a criança, elas demonstram afeto mas perdem a criança por serem usuárias de drogas (E3).

Todas as mulheres que derem a luz naquela maternidade e que tenha algum histórico, seja recente ou de 20 anos atrás de uso de drogas a justiça precisa ser notificada e aí isso é uma tristeza sem tamanho (...) porque a gente tem uma situação de mulheres que dão a luz e não levam a criança para casa (E2).

De acordo com os entrevistados as medidas de acolhimento institucional para o bebê aparecem como primeira opção, e pode ocorrer logo após o nascimento. Como são poucos os serviços de proteção e apoio econômico direcionado para essas mães e seus filhos, elas não encontram proteção para o exercício da maternidade.

Uma usuária daqui que estava em situação de rua grávida, foram feitas várias reuniões solicitando o acolhimento dela e não conseguimos, por ela estar grávida, estar em situação de vulnerabilidade e usando drogas não conseguimos o acolhimento dela. E aí ela foi ter o neném e o hospital encaminhou a demanda ao Conselho Tutelar e solicitou uma vaga em acolhimento para ela e para a criança. E não tinha esse lugar. A criança vai para o abrigo e ela não vai ter direito de cuidar da filha (E3).

Uma grande dificuldade apontada pelos entrevistados é a inexistência de instituições públicas para acolhimento e moradia de mulheres atendidas pela RAPS e seus filhos. Os serviços de Acolhimento Institucional são voltados apenas para as crianças após o “afastamento”, não é realizada a promoção da família mesmo quando não há negligência materna comprovada, ainda que de acordo com Art. 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) “A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do pátrio poder familiar.”

O que é o papel dessa mãe? Tem o Estatuto da Criança e do Adolescente relacionado a isso. Mas o quanto que isso recai para as mulheres de uma maneira diferente em relação ao que acontece com os homens. Também no CAPSAD onde eu atuo, a gente tenta fazer um trabalho inclusive de tentar minimamente desconstruir e dizer que essas mulheres...tentar algum diálogo com a justiça pra dizer que essas mulheres mesmo sendo usuárias elas podem ser mães caso elas queiram (E2).

O julgamento dessas mulheres é realizado a partir da construção no imaginário social de um modelo ideal de mãe, família e de moradia que tem como base a família patriarcal nuclear composta por homem, mulher e filhos, seguindo o modelo higienista inspirado na família branca europeia burguesa. Assim, não é levado em consideração a construção social das famílias brasileiras e nem como a dinâmica familiar é influenciada pela realidade social e econômica. Nas situações apresentadas a responsabilidade pelo cuidado recai apenas sobre mulheres socialmente marginalizadas e considerada incapazes perante o sofrimento psíquico

e/ou uso de drogas que diante das dificuldades materiais, o preconceito e a ausência de políticas públicas de proteção e apoio à maternidade são separadas de seus filhos. Ou seja, lhes é negado assim o direito de serem mães.

Em alguns casos, em dois casos o que elas fizeram, essas mães perderam os filhos, dois, três filhos e aí numa próxima gravidez elas saíram pra fora da cidade, para ter filho em outro lugar para conseguir ficar com aquela criança que nasceu depois. Teve uma paciente que pra não perder esse filho ela entregou o filho para um familiar que era do tráfico de drogas e aí ninguém entrava lá para pegar, nem o conselheiro conseguiu entrar lá para pegar. A forma que ela teve de ter acesso a essa criança e proteção foi dentro do tráfico (E3).

Se o Estado não reconhece como sujeito, que tem desejo à maternidade, nem protege a ambos (ao binômio mãe-bebê), algumas mulheres procuram formas de resistir à perda da guarda de seus filhos. Assim, evitam comparecer aos serviços de saúde para acompanhamento durante a gestação, partem para outras cidades para terem seus bebês e buscam aqueles que minimamente as escutarão, mesmo que parcialmente. Independente que tais estratégias possam representar um risco maior à sua saúde e segurança.

Na comunidade eles usam um subterfúgio muito forte o poder paralelo. Algo envolvendo crianças e idosos ele atua potencialmente nessa situação. De ameaçar de morte, de ameaça de expulsar da comunidade e assim vai (...) por exemplo, tinha uma jovem que ela tinha uma questão de esquizofrenia e epilepsia eu acredito e era uma mistura de medicamento com drogas e prostituição. E nesses últimos tempos ela estava tendo muitas crises de convulsão porque não estava usando a medicação e fazendo uso abusivo de drogas e essa criança que caiu do colo dela diversas vezes. Ao ponto de chegar realmente na conta da clínica e ter ameaças que para casa ela não voltava a não ser que a criança tivesse uma assistência (...) hoje a criança está abrigada (E6).

Nas duas situações o “poder paralelo” aparece como mediador diante da ausência do Estado na efetivação de políticas públicas que garantam o direito à cidadania de populações mais vulneráveis. Pensar o cuidado no território é pensar as singularidades de cada um deles e as possibilidades de existência de mulheres e de suas famílias diante da ausência de direitos fundamentais em determinados espaços invisibilizados pela desigualdade social.

No que diz respeito a adesão dessas mulheres à ações de cuidados oferecidas pelos serviços da RAPS “fica muito atrelada ao que ela vai ganhar com esse tratamento, quando não conseguem recuperar os filhos abandonam esse cuidado” (E3). Para algumas mães a realização do tratamento aparece como possibilidade de terem a guarda do filho novamente,

mas em alguns casos essa perda aparece como ruptura total com a possibilidade de construir um projeto de vida menos vulnerabilizado.

Para os entrevistados algumas mulheres relutam em buscar o apoio dos CAPS e mesmo quando o fazem encontram dificuldades para continuidade do “tratamento”, seja pelo organização do serviço que oferece atividades terapêuticas em horários que são incompatíveis com vida cotidiana em relação à casa, ao trabalho, aos filhos e outras ocupações ou pelo estigma e o medo de serem julgadas. No CAPSAD observam que a presença de homens é muito maior do que a de mulheres e “quando elas estavam mais presentes era porque já estavam em situação de rua, em uma fragilidade maior, ou outras questões sociais” (E1). Mencionam que já pensaram na realização de grupos específicos para mulheres ou outras atividades que pudessem tornar o ambiente mais “acolhedor”, mas esses projetos não foram adiante devido excesso de trabalho e o surgimento de demandas consideradas mais urgentes.

“Seja para desqualificar um discurso ou, em última instância, para excluir uma mulher da sociedade, as lógicas proibicionistas são usadas historicamente para controle dos corpos femininos. É nesse lugar que o movimento antimanicomial e o feminismo antiproibicionista se encontram, já que o aparato manicomial é usado também para reprimir, normalizar e excluir as diferenças de gênero.” (FARIAS, 2017, p.107)

Apesar da mobilização dos atores envolvidos na luta antimanicomial, persiste a relação da loucura à ideia de incapacidade e no caso de mulheres à incapacidade do exercício da maternidade. Referindo-se à gestação de mulheres com sofrimento psíquico considerado “grave” os participantes relatam preocupação com o uso correto da medicação de forma que não cause danos à saúde da mãe e do bebê, os gastos financeiros e a sobrecarga emocional.

Um dos entrevistados menciona que quando uma “paciente” fala sobre gestação durante um atendimento geralmente “já está grávida”, mas que se tivesse sido informado antes sobre o planejamento de uma gravidez acredita que tentaria fazer com que ela mudasse de ideia.

Se uma paciente fala que quer engravidar, nós vamos ter que pensar em como ela vai poder... Às vezes tem paciente que é curatelado. Como é que vai fazer para cuidar dela e da criança? Mas às vezes nunca aconteceu, de verdade. Eu te falo sabendo que é uma questão difícil. (...) Eu acho que eu tentaria conversar com ela para nós pensarmos em outros projetos ou pensar muito bem, porque é assim, não vai ser fácil (E9).

Com relação à sexualidade, inclusive nos momentos considerados de “crise”, homens

e mulheres são julgados de formas diferentes. Enquanto o comportamento “sexualizado” do homem é considerado como uma forma de expressão da virilidade, quando o mesmo é apresentado por mulheres está ligado à promiscuidade.

Tem dois usuários que têm crises bipolares severas, quando estão em mania ficam com comportamento de risco muito sexualizados e aí é muito interessante porque eles têm a mesma idade basicamente, uma estrutura de vida parecida e tem esse componente da sexualidade para ambos e é interessante ver como a mulher é muito mais julgada porque ela vivencia a sexualidade dela dessa forma (...) pra ela tem um peso muito mais forte. Como é um termo que a galera gosta de usar? É promíscua. Essa coisa da promiscuidade, então isso chega com muita força (E1).

O planejamento de uma gestação poderia e deveria fazer parte do projeto de vida tanto de homens e mulheres atendidas na RAPS. No entanto, não foram citadas nas entrevistas informações sobre a realização de trabalhos referentes à planejamento familiar nos serviços de saúde mental, não foi mencionado se esse tema aparece nos atendimentos com usuários, nem se fez referência a encaminhamento e/ou ações intersetoriais para uma abordagem da gestação e maternidade/paternidade de pessoas em acompanhamento em saúde mental.

As lógicas proibicionistas produzem a invisibilidade e o estigma de mulheres através da guerra às drogas. Bem como as lógicas manicomiais são utilizadas para desqualificar o discurso feminino e excluir mulheres da sociedade (FARIAS, 2017).

5.5 A CONSTRUÇÃO DO FEMININO A PARTIR DA VIOLÊNCIA

Mulheres, em diferentes situações, foram vítimas de violências: mulheres negras escravizadas onde a violência colonial era constituinte da sua presença naquela estrutura econômica; mulheres indígenas submetidas às mesmas condições e violências; mulheres brancas, ricas ou pobres, submetidas a outras formas de posse, submissão e violências (CARNEIRO, 2003 apud CARNEIRO, 2017 p.12).

Foi a partir da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher que ocorreu em Belém do Pará em 1994 que a violência contra a mulher passou a ser definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996) e passou a ser considerada uma violação aos direitos humanos.

A Lei Nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, representa um importante avanço na luta de movimentos feministas brasileiros na busca pela justiça e proteção às mulheres vítimas de violência. De acordo com a Lei Maria da Penha são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher: a violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e a violência moral, entre outras (BRASIL, 2006).

De acordo com os microdados e registros policiais e das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social no Brasil durante o ano de 2021 foram realizadas 619.353 chamadas ao “190” que estavam relacionadas à situações de violência contra a mulher e foram concedidas 370.209 medidas protetivas de urgência. Foram registrados 1.341 casos de feminicídios e 65,6% das vítimas morreram dentro de suas casas. A maior parte das pessoas que sofreram violência sexual foram mulheres, das quais 52,2% das vítimas eram negras, 46,9% brancas, e pouco menos de 1% se identificavam como amarelos e indígenas. E em 79% dos casos de violência sexual o autor era conhecido pela vítima.

Nas entrevistas realizadas a violência foi descrita pelos participantes como um fenômeno social muito marcante e presente na vida das mulheres atendidas nos serviços de saúde mental. Segundo os entrevistados quase todas elas trouxeram durante o acompanhamento relatos sobre terem sofrido episódios de violência em algum momento de suas vidas, destacam a violência sexual durante a infância e/ou juventude e a violência psicológica. Os trabalhadores com quem conversamos, percebem que as histórias de violências aparecem com maior frequência nos discursos femininos quando comparados aos de homens atendidos.

O sofrimento dessas mulheres era muito tocado a partir da violência de gênero. Então o uso das substâncias era algo irrisório frente ao sofrimento que viviam que era em sua maioria das vezes desencadeado também por violências, violências estruturais, violência física, violência psicológica, sobretudo todas elas do grupo passaram por violência psicológica. Então é um sofrimento muito diferente, é um sofrimento que tem uma causalidade na forma como a gente se organiza se constrói e vive como mulher no mundo e no Brasil (E4).

Alguns sofrimentos que a gente percebe no CAPS são muito pautados por essa coisa da violência sexual. A gente vê muito isso de mulheres que estão nesse momento de crise, chegam com a depressão, chegam com um ponto crítico na vida. Isso salta aos olhos. E a gente vai discutir na reunião clínica os casos e sempre tem, sempre tem uma história de abuso de alguma forma, como essa mulher foi violada. E aí depende se foi na infância, se foi na juventude ou se foi recentemente. Habitualmente na juventude. E os casos são muito maiores do que os casos que os homens sofrem violência. Essa coisa da violência parece uma coisa que constitui as mulheres e constitui obviamente o sofrimento dela (E1).

A violência é considerada por alguns profissionais como possível causadora de sofrimento psíquico. E para lidar com demandas apresentadas a partir de situações de violência por vezes são realizadas ações intersetoriais envolvendo serviços especializados no atendimento à mulheres vítimas de violência. Tal articulação é uma via de mão dupla, pois os entrevistados mencionam que também é frequente o atendimento à mulheres encaminhadas por esses serviços à RAPS frente ao agravamento de seu sofrimento como consequência das violências sofridas, dos impactos em sua vida e nas relações.

A subjetividade feminina aparece nos discursos como constituída também pelo sofrimento e pela violência, algumas trabalhadoras consideram que todas as mulheres estão sujeitas a sofrerem violências e em todos os espaços que ocupam, dentro ou fora de seus lares. Chama atenção que a afirmação da violência e do sofrimento como elementos básicos na construção do ser mulher em nossa sociedade não se faz acompanhada de reflexões críticas nem de atitudes de transformação da situação, sendo em grande parte dos relatos absolutamente naturalizada.

Outro elemento importante é que apesar do reconhecimento da violência contra as mulheres, quando relato de situações de violência é feito por aquelas que estão em acompanhamento nos serviços de saúde mental é, por vezes, desconsiderado e interpretado como irreal. Utilizando como critério a impossibilidade de “verificar a verdade das situações”, os relatos são classificados como delirantes de modo que a violência desaparece como causadora de sofrimento na perspectiva dos trabalhadores, as usuárias são desacreditadas e suas narrativas atribuídas à personalidade e ao diagnóstico.

Muitas vezes vejo profissionais minimizando o sofrimento dessas mulheres a partir do argumento e da cristalização do diagnóstico, são histéricas, são border, são histriônicas, logo estão somatizando, estão teatralizando, isso tem um efeito importante no modo de leitura do sofrimento logo no modo de oferta de cuidado (E7).

Isso pra mim é uma das coisas mais difíceis de lidar, porque muitas vezes a mulher vem e fala que apanhou do marido ou do pai. E aí você vê aquela pessoa totalmente colhedora e às vezes toda a família com assim dizendo que ela que tá maluca. E aí? (...) E digo para você que até difícil situações em que a gente faz assim a notificação outras não se faz tamanho sofrimento daquela família, não tem a notificação necessariamente. Às vezes é difícil. Eu fico pensando será que o cara bateu mesmo? Que o cara não agrediu? e às vezes está lá a mãe dela, o pai dela, os filhos dela e dizendo que ela que não tá bem. E aí é difícil, é difícil você até saber como agir nessas situações. Em saber no que acreditar (E5).

Nas situações em que o profissional tem dúvidas a respeito da veracidade da informações apresentadas geralmente não são realizadas as notificações, denúncias e encaminhamentos para serviços de apoio a mulheres vítimas de violência. O que pode ter implicações no cuidado oferecido à esse mulher, na garantia da sua segurança e na subnotificação das situações de violência contra a mulher nos registros oficiais.

Nos últimos anos, os participantes observaram aumento do número de tentativas de suicídio. Considerando as pessoas que chegam aos serviços de emergência psiquiátrica em consequência de situações de violência autoprovocada, disseram que a maioria é de mulheres e, em grande percentual jovens. Dentre as situações que levam as mulheres jovens a tentarem suicídio então desavenças geracionais; jovens lésbicas e bissexuais que sofrem preconceito, repressão sexual e conflitos com familiares que “não aceitam” sua orientação sexual e aquelas de sobrecarga pela pressão social para que correspondam ao ideal feminino instituído pela perspectiva patriarcal hegemônica .

O suicídio pode ser entendido como uma situação limite na vida de mulheres, quando é encarado como a única saída para os conflitos sociais ou interpessoais geradores de sofrimento intenso e mal-estar avassalador. Nestas situações, sobrepõe-se o isolamento social e/ou a falta de acesso a serviços ou equipamentos sociais que possam servir como suporte a essas mulheres (MENEGHEL et al., 2017, p 212).

Outro aspecto central na produção de intenso sofrimento vincula-se, segundo os entrevistados, aos impactos da desigualdade social. As mulheres se encontram em extrema vulnerabilidade social diante do desemprego, da solidão, da falta de moradia e da fome. Uma das entrevistas menciona que muitos profissionais acreditam que a medicação vai retirar todo o sofrimento da vida de mulheres, mas defende que “saúde mental não é só feita dentro do serviço” (E4). Sublinhando que, durante as visitas domiciliares percebe condições precárias em que vivem muitas usuárias dos serviços de saúde mental.

O caso que eu acompanhava, que era uma usuária com 3 filhos, histórico de um já estar para adoção no abrigo e os filhos ficarem em situação de rua com ela. E ela falou que não tinha mais o que dar para comer aos filhos, que foi pedir dinheiro e conseguiu comprar feijão, cozinhou o feijão e colocou chumbinho e ia dar para eles. Ela já tinha o planejamento de dar o feijão com chumbinho para os filhos comerem e ela ia comer, ela dizia que é insuportável ver os filhos passando fome (E2).

O trabalho intersetorial é importante porque a saúde mental é produzida no território, que é considerado como o lugar - espaço físico e social, em que se constrói a vida com toda a sua complexidade.

As palavras desestabilização, incerteza, desafios, riscos e curiosidade então presentes ao se falar em complexidade. A Atenção Psicossocial é um ensaio que encarna diferentes planos: práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais a partir da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, formulação de política, apostas em modos diversos de andar a vida (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p. 175)

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2021) a maioria das vítimas de morte por suicídio no Brasil são homens, mas mulheres representam a maior parte das pessoas com ideações e tentativas de suicídio. Em 2019 foram registrados 124.709 casos de lesões autoprovocadas no Brasil, um aumento de 39, 8% em comparação ao ano de 2018. Em 71,3% dos registros realizados as vítimas eram mulheres, na maior parte dos casos (46,3%) entre a faixa etária de 20 à 39 anos, seguida por pessoas de 15 à 19 anos (23,3%). As diferenças entre as notificações vinculadas a homens e mulheres associam-se ao fato de que homens utilizam métodos mais letais e, mais resistentes em falar sobre seus sentimentos e em buscar atendimentos no serviços de saúde mental. “O homem para chegar e dizer que precisa desse suporte já está um longo período nessa caminhada sofrendo ou buscando outros meios de responder à sua necessidade” (E5).

Pesquisas apontam que são as mulheres que mais consomem substâncias lícitas como fármacos antidepressivos e ansiolíticos (ANDRADE; MALUF, 2017). Uma das entrevistadas diz que no NASF em que trabalha é comum a chegada de mulheres que fazem dessas medicações:

Esse grupo de saúde mental da minha unidade tem o intuito de trabalhar isso, de criar uma oportunidade de desmame. Muitas mulheres tomam medicação para ansiedade, são dependentes desses remédios. Quando a gente propões uma mudança é reação é muito negativa, porque existe um apego, o remédio vai curar, “o remédio cura, salva e liberta” e a gente busca trabalhar de uma forma diferenciada o bem-estar e a autoestima (E6).

Partindo da ideia de que mulheres sofrem maior pressão social, os entrevistados acreditam que as mulheres com sofrimento psíquico, além do estigma da loucura, sofrem preconceito pelo simples fato de serem mulheres. Ou seja, na experiência delas se associam

misoginia e a opressão pela “desrazão”.

Quando perguntamos sobre a forma como os profissionais lidam com algumas questões relacionadas à desigualdade de gênero nos serviços de saúde mental, os participantes disseram que há momentos em que se reproduzem determinados estereótipos de gênero, fazendo com que mulheres sejam julgadas de formas diferentes. Uma das profissionais entrevistadas diz que “essa coisa do estereótipo que a gente tem da histeria da mulher é sempre um tom a mais” (E5). As mulheres são tidas como mais “viscosas”, “barulhentas” e “mais críticas”. Outra participante entrevistada menciona que diante de queixas de usuárias a respeito de violência e assédio já escutou de profissionais falas que colocam sobre a mulher a culpa por terem vivido essas situações.

Quando uma mulher diz que já se sentiu violentada ou assediada, ou importunada tem sempre um “mas também ela deu uma risadinha”, “mas também ela fica se oferecendo”. Mas eu acho que já melhorou bastante porque as mulheres que trabalham no CAPS em que eu trabalho a gente faz questão de pontuar isso incessantemente. Eu acho que de certa forma a gente se percebe um pouco atingida quando isso acontece (E2).

Os participantes observam que alguns trabalhadores “respeitam” e “compreendem” o sofrimento de mulheres como parte da “doença mental”, do “transtorno”. No entanto, devido ao julgamento moral de parte das equipes o sofrimento psíquico de mulheres também é associado à “frescura”, a um “excesso” de sensibilidade. De acordo com os entrevistados, serem consideradas “sensíveis” e terem suas narrativas classificadas como “frescura” por parte dos profissionais nos serviços de emergência psiquiátrica é comum para mulheres com ansiedade e depressão, mesmo quando tentaram suicídio.

Tem aqueles que respeitam, que têm o cuidado e que têm a atenção. E entendem que aquilo é um movimento de crise, que é o momento de doença que precisa ser cuidado. Alguns podem achar que é frescura. E é isso acontece muitas vezes, não com paciente psicótico, acontece principalmente com pacientes mulheres que tentam suicídio. Que é o número muito expressivo, muito mais expressivo, eu tenho observado isso na emergência de mulheres que tentam suicídio, mulheres jovens e muitos jovens mesmo (E5).

Algumas trabalhadoras afirmam que ao presenciarem julgamentos morais ou comentários preconceituosos de outros profissionais da equipe a respeito de mulheres fazem questão de intervir e de se posicionarem. Dessa forma utilizam seu lugar de fala enquanto mulheres e trabalhadoras da saúde mental na tentativa de fomentar uma discussão sobre a utilização e banalização de determinados termos e atitudes preconceituosas na conduções dos casos.

Se mulheres cisgênero não são ouvidas em seus desejos de maternidade e acerca de sua sexualidade, são submetidas a julgamentos machistas nos serviços de saúde mental, então àquilo que se passa a mulheres transexuais e travestis torna-se ainda mais iatrogênico. Mulheres transexuais e travestis têm, conforme apontado nas entrevistas, seus corpos e suas identidades desrespeitadas, são vítimas de preconceito, violência institucional e desinformação. Isso faz com que evitem a busca pelos serviços de saúde mesmo em casos de extrema necessidade. Embora nossa pesquisa enfoque as experiências das mulheres cisgênero, nossos entrevistados ao falarem de questões de gênero e saúde mental trouxeram para a cena de modo bastante intenso a presença das mulheres transexuais e travestis nos serviços e as relações que aí experimentam.

Essa paciente por exemplo está no CAPS desde 2010 mas ela só foi conseguir, as pessoas só foram chamá-la pelo nome social dela de 3 anos pra cá. Mas o que a gente estava questionando é como você chama uma pessoa pelo nome masculino se ela nem jeito de homem ela tem. Que agressão é essa que você faz o tempo todo com essa pessoa? Por que você desrespeitou uma pessoa por tanto tempo? Sei lá, nem sei porque (E3).

Pessoas que insistem em chamar do sexo masculino, isso a gente também entende como uma violência. E aí a gente discute que a gente não pode reproduzir a violência. É sempre uma linha muito tênue, a gente entender nossa função técnica ali e entender que a gente também é sociedade. Com todos os nossos preconceitos, com todas as nossas questões. Então é muito interessante, teve um copeiro que trabalhava comigo e eu falava “é ela, não é ele” e aí o copeiro falava “eu não aceito, é ele, eu não consigo chamar.” Tem que ser em doses homeopáticas porque para a própria equipe é difícil. Até argumentar é difícil, porque eu nessas questões relativas a gênero eu não tenho um aprofundamento, então às vezes me falta argumento. O argumento eu vou pelo que é mais óbvio. É porque ela falou que é ela, então é ela (E2).

O preconceito e exclusão que vivenciam cotidianamente, dentro da própria família, no mercado de trabalho, na escola e na comunidade em geral têm como consequência o desemprego, a insegurança, solidão, violência física e psicológica nos diferentes espaços sociais em que estão inseridos desde muito jovens. Esses atravessamentos além de as colocarem em extrema vulnerabilidade social podem afetar gravemente sua saúde mental, mas ao buscarem os serviços de saúde se deparam com o julgamento moral de profissionais e, principalmente o desrespeito ao seu nome social. Os profissionais também não se sentem preparados para atender suas demandas e muitas vezes e se distanciam da discussão a respeito da diversidade de gênero.

Eu diria que considerar o lugar da mulher cis é mais presente na equipe. Violência doméstica, violência sexual, mulheres que estão grávidas, mulheres que precisam de métodos contraceptivos, aparece muito a partir desse lugar, como se o lugar da

mulher na saúde mental fosse só isso. E eu acho preocupante porque reforça o lugar da equipe nesse lugar de quem vai definir sobre a vida dessa mulher (E7).

Parte dos profissionais que compõem as equipes dos serviços da rede de atenção psicossocial compreendem a importância de se considerar questões relacionadas à desigualdade de gênero e seus impactos na saúde mental de mulheres. Mas, é possível perceber que ainda existe a presença de um julgamento moral e religioso, que pode influenciar diretamente a produção de cuidado em saúde mental na medida em que repercute e se apresenta na escuta profissional e na percepção acerca do sofrimento de homens e mulheres. O olhar machista e preconceituoso a respeito do feminino desconsidera aspectos importantes de sua realidade, reproduz a lógica hegemônica patriarcal e manicomial que contribui para o sofrimento psíquico e o silenciamento de mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho buscou refletir sobre as relações de gênero e a saúde mental, a partir do lugar das mulheres cisgênero como usuárias e trabalhadoras da RAPS e dos sentidos que lhe são atribuídos por profissionais de serviços da saúde mental que integram os movimentos da luta antimanicomial. Procuramos analisar de que forma as hierarquizações que tomam como suporte a naturalização do sexo biológico, produzindo uma perspectiva binária de gênero e definindo os papéis do homem e da mulher atravessam os serviços de saúde mental, se apresentando nos modos de organização dos mesmos e na produção do cuidado.

Sobre o movimento de luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica os participantes falaram sobre as conquistas, os retrocessos, a necessidade de uma “reforma da reforma” em que é preciso repensar as formas de “adoecimento” e de rever a luta com a presença de debates sobre interseccionalidade, racismo, gênero, a lgbtqia+ fobia e suas implicações na saúde mental da população e na forma como a sociedade lida com o que é considerado “loucura”. O fortalecimento do movimento de luta antimanicomial é destacado pelos profissionais como fundamental na luta contra o desmonte da política de saúde mental que tem ocorrido nos últimos anos, o aumento do número de internações e o do investimento de verbas públicas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, privilegiando a lógica manicomial e prejudicando a atenção e promoção de cuidado em saúde mental no território.

A divisão sexual do trabalho e a desigualdade de gênero também afetam a vida das trabalhadoras da saúde mental. Elas desempenham suas funções na maior parte das vezes em profissões consideradas femininas e de menor prestígio social, sem a garantia de direitos trabalhistas e a partir de vínculos empregatícios frágeis. Sublinha-se que as trabalhadoras representaram a maior parte das pessoas que se disponibilizaram a participar de nossa pesquisa, o que pode indicar que estejam mais implicadas nos processos de discussão e análise das questões de gênero. Mesmo que tal disposição ainda não se traduza em ações efetivas de transformação estrutural da RAPS, ela nos aponta a abertura de espaços micropolíticos de atuação no cotidiano das equipes e serviços.

A relação das mulheres com a saúde mental foi representada pela maioria dos profissionais entrevistados a partir de situações que eles consideram fundamentais para essa

discussão, tais como: a presença de mulheres como a maioria entre os trabalhadores dos serviços da rede de atenção psicossocial; e a violência de gênero, a divisão sexual do trabalho e o exercício da maternidade como determinantes sociais disparadores de sofrimento psíquico em mulheres. As situações e experiências narradas nas entrevistas apresentou mulheres negras e pobres que têm seus direitos de cidadania negados e, por vezes, suas experiências e relatos desvalorizados e ignorados sob a justificativa do quadro diagnóstico e de constituírem “delírios”. Nessa perspectiva, o desejo de maternidade tende a não ser acolhido pelas equipes e até mesmo desestimulado e as situações de violência tendem a ser invisibilizadas e não notificadas. Percebeu-se que a proposição de estratégias intersetoriais para proteção de mulheres em sofrimento psíquico que experimentam situações de violência e/ou maternidade são poucas e, na maior parte das vezes, insuficientes na medida em que operam a partir das ideias de “incapacidade”, “doente mental”, “delírio”, “frescura”.

No âmbito do trabalho desenvolvido no cotidiano dos serviços, percebeu-se que algumas práticas adotam como referência o cuidado centrado no sujeito, incluindo a reflexão sobre as hierarquizações de gênero. Assim, alguns profissionais que compreendem que questões relativas à desigualdade de gênero precisam ser consideradas para a construção de práticas de cuidado que sejam transformadoras e que alcancem a realidade de mulheres que são acompanhadas pelos serviços de saúde mental. Nessa perspectiva, as trabalhadoras entrevistadas afirmaram que buscam usar o seu lugar de fala para questionar a utilização de determinados termos e sentidos atribuídos à mulheres durante os atendimentos e discussões de casos entre profissionais da equipe. No entanto, elas mesmas indicam que tais movimentos de tensionamento com as hierarquizações de gênero que se reproduzem nos serviços são tímidos e que, hegemonicamente, persiste a naturalização dos discursos e práticas marcados pelo machismo e sexismo, inclusive na organização e gestão dos processos de trabalho. Ou seja, usuárias, familiares e trabalhadoras são alvo de atitudes e discursos marcados pela desvalorização das mulheres em nossa sociedade.

A sexualidade das mulheres apareceu em nossa pesquisa a partir da maternidade/gravidez e dos momentos de “crise”. Se a maternidade e o cuidado resumem o que “naturalmente” caracteriza a experiência de ser mulher, então é criado um lugar de exceção para as mulheres em sofrimento psíquico posto que a elas é atribuído o rótulo de “incapazes” de ambos. Assim, à saúde mental e à justiça cabe retirar-lhes a prole a fim de proteger as crianças da sua “desrazão” e/ou do uso de álcool e outras drogas.

Noutra perspectiva, a sexualidade emerge como “momentos de crise” quando das

violências sofridas e/ou autoinflingidas pelas usuárias, em especial jovens, ao afirmarem sua orientação sexual frente a sociedade e a família. Porém mesmo com a chegada dessas mulheres às emergências psiquiátricas em momentos de crise, houve pouca referência ao cuidado integral em saúde mental a lésbicas e bissexuais, o que nos leva a pensar que seu sofrimento mental segue invisibilizado.

Interessante observar que a perda do desejo sexual em casos de depressão ou pelo uso da medicação não é apontada como um problema que precisa ser considerado em seu cuidado. Ao contrário, o desejo sexual ou o exercício da sexualidade das mulheres aparece associado à promiscuidade e/ou ao quadro “patológico”. Nesse sentido, as mulheres são vistas pelas equipes de saúde mental a partir de um olhar heteronormativo patriarcal.

Nas situações apresentadas pelos entrevistados o respeito à autonomia, singularidade e à integralidade do cuidado parecem se constituir em aspectos pessoais, dos valores e compromissos éticos dos profissionais, e não diretrizes que se apresentam nas políticas públicas. Persiste um olhar universalizante, que não considera as diferenças de cultura, raça, classe, gênero e orientação sexual na produção de subjetividade e experiências de vida singulares e, por vezes, marcadas pela violência e pelo sofrimento. Tal processo dificulta a implementação do preconizado nas políticas públicas de saúde em geral e, especialmente, na política de saúde mental.

Importante dizer que os profissionais entrevistados também se sentem despreparados para utilização de gênero enquanto categoria de análise no cuidado integral de mulheres. O que demonstra a importância da educação permanente para uma atuação qualificada e criação de estratégias de cuidado em saúde mental e organização dos serviços que atendam às reais necessidades dos usuários. Evidente que para pensarmos em educação permanente e em continuidade do cuidado integral é preciso romper com a precarização de vínculos trabalhistas e a falta de investimentos de verbas públicas nos serviços de saúde mental.

Por fim, gostaríamos de dizer que mesmo não se pretendendo realizar uma pesquisa intervenção em sentido clássico, a participação das entrevistas teve para nossas interlocutoras repercussões reflexivas a respeito do seu lugar de mulher trabalhadora da saúde mental, dos aspectos relacionados às condições de vidas das usuárias e às hierarquizações de gênero nos serviços de saúde mental. O que pode abrir portas para a ampliação desse debate na RAPS e no movimento de luta antimanicomial. Entendemos que a discussão sobre gênero, mulheres e saúde mental é vasta e não se esgota nas considerações e contribuições que fizemos nesse trabalho, mas apostamos na possibilidade de mobilizar

as trabalhadoras, usuárias e familiares para a garantia de um cuidado integral em saúde mental cada vez menos estigmatizante e mais atento aos determinantes sociais.

REFERÊNCIAS

ADILLA, Mônica et al. (Org.). **Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**– 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. Disponível em: Mulheres-e-Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho.pdf. Acesso em: 01 ago. 2022.

ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. **Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato**. Rev. psicol. polít. [online]. 2020, vol.20, n.47, pp. 65-75. ISSN 2175-1390. Disponível em: Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato (bvsalud.org). Acesso em: 3 ago. 2022.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G.: Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria/ **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**/, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 41-64, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68499>. Acesso em: 30 set. 2021.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

ANDRADE, A P M; MALUF, S W. **Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, vol.21, n.63, pp.811-821. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>. Acesso em: 20 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6024: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3. ed. Rio de Janeiro, 2011.

BAÉRE, F; ZANELLO, V. **O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal**. Estudos de Psicologia, 2018 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n2/a08v23n2.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2021.

BASTOS, Cinthya; SANTINI, Paolla; EUZÉBIO, Paula. **SAÚDE MENTAL DE LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS**: Reflexões pertinentes às políticas públicas. In: IX JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019, Maranhão. Disponível:http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_56_565cba8134d3135.pdf Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Decreto n.º 1.973, de 1º de agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Brasília, setembro de 2021. Disponível em: C:/Users/sabri/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/Textos%20para%20análise%20das%20entrevistas/boletim_epidemiologico_svs_33_final%20suicídio.pdf. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de jul, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/leisaprovadas/lei10216.htm> Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. Brasília, DF: Senado Federal. 2006

CANONE, Lara Araújo Roseira. **Historicizando a Transexualidade em Direção a uma Psicologia Comprometida**. IN: Psicologia: Ciência e Profissão 2019 v. 39 (n.spe 3), e 228487, 21-34.

CARNEIRO, Suelaine. **Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números**. Geledés Instituto da Mulher Negra. São Paulo, 2017. Disponível em: <e-BOOK-MULHERES-NEGRAS-e-VIOLÊNCIA-DOMÉSTICA-decodificando-os-números-isbn.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2022.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica**: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CERQUEIRA, Daniel. **Atlas da Violência 2021** / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo:FBSP, 2021. Disponível em:<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375atlasdaviolencia2021comp1eto.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

CLEMENTE, Márcia da Silva. **Contrarreforma na política de saúde mental, álcool e outras drogas na contemporaneidade: o lugar das comunidades terapêuticas**. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza Vieira. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020. Disponível em: TESE Márcia da Silva

Clemente.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et. al. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional 2018**. 1. Ed. Brasília: CFP, 2019. 128 p. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 25 jul. 2022.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

FACCHINETTI, C., RIBEIRO, A. O. & MUÑOS, P. F. N. **As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939)**. História, Ciências, Saúde–Manguinhos, 15(suplemento), 231-242. 2008

FARIAS, Ingrid. **Nem loucas, nem criminosas: A resistência da luta feminista frente aos modelos de controle**. In Luta Antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. Ano 16, 2022. Disponível em: [anuário-2022.pdf](#) (forumseguranca.org.br). Acesso em: 27 jul. 2022.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. S. **Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa**. Artigo. Ciênc. saúde coletiva 19 (04). Abril 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>. Acesso em: fev. 2022.

GOMES, Romeu. **PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE**– São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. Disponível em <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/caderno-pesquisa-qualitativa-mestrado-2014.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE notícias. Estatísticas Sociais, 2020. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2004

MEDEIROS, Mariana Pedrosa de; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p 384-403, jan./abr. 2018**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100021&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-4281. Acesso em: 01 ago. 2022.

MELO, Bernardo Dolabella et al. (org). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 22 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41121/Sa%20Mental-e-Aten%20Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%20dom%20stica-e-familiar-na-Covid-19.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MELLO, Luiz. “**Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca da universalidade, integralidade e equidade**”. Sexualidad, Salud y Sociedad. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n.9, dez.2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872011000400002 Acesso em: 25 fev. 2021.

MORTES violentas de LGBT no Brasil. Relatório 2019. **Grupo Gay da Bahia**, 2019. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/relatorios-anuais-de-morte-de-lgbti/>. Acesso em: 27 fev. 2021.

PASSOS, Rachel Gouveia. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, vol. 20, núm. 38, 2017, Maio, p. 77-94. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=552256732015. Acesso em: 01 ago, 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. |ISSN 2176-9575. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i3.21483>. Disponível em: <file:///C:/Users/quelz/AppData/Local/Temp/21483-Texto%20do%20artigo-66704-1-10-20181229.pdf>. Acesso em 15 jun. 2020.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. Tradução Angela M. S. Côrrea. São Paulo: Contexto, 2007.

PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (Org.) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G; CELESTE, H. C.. Mulher, loucura e gênero: aspectos da trajetória de Adelina Gomes (1916-1984). In Melissa de Olivei

Pereira; Raquel Gouveia Passos. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências**. 1ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2019, v.1, p.217-234.

PISCITELLI, Adriana. “**Gênero: a história de um conceito**”. In: ALMEIDA, Heloísa. B.; SZWAKO, José E. Diferenças, igualdade. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009.

PISCITELLI, Adriana. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L, M (Org.). **A Prática Feminista e o Conceito de Gênero**. Nº48, 2002. p.7- 42.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos Da Loucura: Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

- PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.
- RESENDE, Heitor. Políticas de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: Tudis, S. A, N. S. (Org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, co-edição com ABRASCO, 2000.
- ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- SALGADO, Carolina Martines. **El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias**. Ciência e Saúde Coletiva. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>. Acesso em: 23 fev. 2022.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma sociologia das ausências**. Jornal de Letra, Coluna ideias 29 – Portugal, 07 a 20 de junho de 2017.
- SCOTT, Joan. **Gênero: Uma categoria útil de Análise Histórica**. In: Educação e Realidade 20(2): 71- 99 jul./dez. 1995.
- SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> Acesso em: 9 abr. 2021.
- TOLEDO, E. T. **A Circulação e Aplicação da Psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery**, São Paulo: Uma questão de Gênero (1936-1956) Rio de Janeiro, 2019.
- TORRENTÉ, M; PORTUGAL, C. M.; NUNES, M. **Com o que sonham os loucos? Projetos de vida de usuário(a)s da saúde mental**. Psicologia e Sociedade. 2021 Disponível em: 2021 projeto de vida raps.pdf. Acesso em: 05 ago. 2022.
- ZACHARIAS, Anna Carolina Vicentini. **Stella do Patrocínio : da internação involuntária à poesia brasileira**. 2020. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem, Campinas, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1149050> Acesso em: 10 out. 2022.
- ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. **Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico**. Fractal: Revista de Psicologia, Niterói, v. 27, n. 3, p. 238-246, set./dez. 2015.