

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

FABIANE ARAÚJO AFONSO

**DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL:
PERSPECTIVAS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO**

FLORIANÓPOLIS

2018

FABIANE ARAÚJO AFONSO

**DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL:
PERSPECTIVAS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Orientadora: Dra. Myriam Raquel Mitjavila

FLORIANÓPOLIS

2018

Fabiane Araújo Afonso

**DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL:
PERSPECTIVAS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 07 de Fevereiro de 2018.

Profa. Dra. Dilceane Carraro
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila
Orientadora
Departamento de Serviço Social – UFSC

Profa. Dra. Dilceane Carraro
Departamento de Serviço Social – UFSC

A.S. Ms. Aline Aparecida Justino
Cáritas Brasileira Regional Santa Catarina

"Eu me nomeei lésbica porque quero estar com outras mulheres (e elas nem precisam se nomear "lésbicas"). Eu me nomeei "lésbica" porque é parte da minha visão. Eu me nomeei lésbica porque me [RE] identificar como mulher me manteve sã. Eu me chamo de "Negra" também, porque o negro é o meu ponto de vista, minha estética, minha política, minha visão, minha sanidade." (Cheril Clarke, 2006)

"Eu não sou responsável pela ideia de gênero. É, de fato, o gênero é interpretado de forma muito diferente pelos estudiosos das ciências humanas, das ciências sociais e das ciências naturais. É um campo vasto e vibrante, buscando entender desigualdades sociais, marginalização, violência infligida contra mulheres, gays, lésbicas e pessoas trans." (Judith Butler, 2018)

RESUMO

Este trabalho apresenta uma análise sobre as desigualdades sociais relativas a saúde mental no Brasil contemporâneo, partindo da interseccionalidade das categorias de classe, gênero e raça/etnia na perspectiva das ciências sociais e humanas, e sua relação com a produção de conhecimento no Serviço Social Brasileiro. Nesse sentido, trabalha-se com a análise de produções científicas indexadas nas principais bases brasileiras, como meio de problematizar as questões pertinentes a temática na produção e difusão de discursos históricos sobre relações de gênero presentes em nossa sociedade, por meio dos processos de relacionamento da doença mental como especificidade atribuída as mulheres. A metodologia de revisão sistemática apresenta a partir da reflexão de áreas como a saúde e a psicologia, uma proposta de estudos de um conjunto de análises biológicas e sociológicas e da inter-relação entre elas. Assim, apresentam-se neste trabalho as discussões teórico-metodológicas acerca da construção e o material recente de publicação produzido a partir dela.

Palavras-chave: Saúde Mental; Relações de Gênero; Desigualdades Sociais.

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the social inequalities related to mental health in contemporary Brazil, starting from the intersectionality of the categories of class, gender and race / ethnicity in the perspective of the social and human sciences, and its relation with the production of knowledge in the Brazilian Social Service . In this sense, we work with the analysis of scientific productions indexed in the main Brazilian bases, as a means of problematizing issues pertinent to the theme in the production and dissemination of historical discourses on gender relations present in our society, through the processes of relationship of the mental illness as a specificity attributed to women. The methodology of systematic review presents from the reflection of areas such as health and psychology, a proposal to study a set of biological and sociological analyzes and the interrelation between them. Thus, we present in this work the theoretical-methodological discussions about construction and the recent publication material produced from it.

Key-words: Mental Health; Gender Relations; Social differences.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ONGS	Organizações não Governamentais
SCIELO	Scientific Electronic Library
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
METODOLOGIA	14
1. Aspectos históricos: moldagem social do corpo feminino, Serviço Social e desigualdades	15
2. As mulheres como sujeitas do seu sexo, gênero e desejo	20
3. Saúde mental e desigualdades sociais: gênero em saúde	24
4. Políticas Sociais: desigualdade no acesso	35
	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	52

INTRODUÇÃO

A pesquisa apresentada nesse Trabalho de Conclusão de Curso possui como objetivo analisar o papel atribuído às desigualdades sociais na atenção à Saúde Mental com foco nas produções científicas. Em particular, o papel das intersecções de gênero na produção de desigualdades sociais e o acesso à atenção em saúde mental.

Os objetivos específicos compreendem as relações entre a atenção à saúde mental e as desigualdades sociais, identificarem as principais modalidades de intersecção entre os diferentes tipos de desigualdades refletidas na área da saúde mental, observar a orientação da produção científica sobre o tema do ponto de vista dos principais focos de análise, bem como da existência de dimensões ou tópicos negligenciados.

Pretende-se elaborar hipóteses e propor linhas de pesquisa com o intuito de contribuir ao desenvolvimento de conhecimento sobre as fontes de desigualdades sociais na atenção à saúde mental no Brasil, tendo como referência os princípios preconizados pela reforma psiquiátrica em curso desde a conferência do ano de 1987 acerca da proteção dos direitos humanos e de cidadania da população atendida.

A escolha do objeto de pesquisa deu-se como instigação pessoal diante da problemática da saúde mental com interface de gênero na análise das desigualdades sociais, a partir das experiências vivenciadas na comunidade acadêmica com mais aprofundamento sobre as relações humanas e sociais. A busca por pesquisar nessa linha responde ao interesse de compreender os fenômenos presentes no processo de saúde mental-doença em sua dimensão individual e principalmente coletiva, com a especificidade da desigualdade de gênero na sociabilidade contemporânea.

No entanto, o interesse em estudar questões relativas à saúde mental com intersecção de gênero também responde à consideração de sua relevância para o campo do serviço social.

Para Butler (2003) a categoria mulheres como sujeitas em si dentro do que possa dizer que existam mulheres, passa pelos interiores de discursos - não homogêneos - feministas, compreendendo uma categoria que atende interesses e objetivos de representação política almejada.

Escrever sobre mulheres ultrapassa a questão somente de representação e política, anteriormente, pode-se afirmar que apreender estudos sobre mulheres como sujeitos que se constituem dentro de uma concepção dominante de relações, significa compreender as condições culturais, funções normativas, linguagens, visibilidades, etc. que ultrapassam uma visão essencialista.

Para Foucault se observa a categoria mulheres, pelas noções jurídicas, por exemplo, onde as limitações, regulamentações e proibições produzem sistemas de poder que "protegem" indivíduos, mulheres reguladas por tais estruturas (BUTLER, 2003, p.18).

Se alguém "é" uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é [...], porque o gênero da "pessoa" nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. (BUTLER, 2003, p.20).

Uma universalidade de categoria feminina de mulheres que constituída exclusiva, presumida e reconhecida como uma especificidade do feminino descontextualizado de suas constituições estruturais como supra cima citadas, caracterizam-se como verdades e debates a serem superados.

Os traços comuns que sustentam o corolário da existência da universalidade da categoria, existe sob um sistema opressor universal que não é mais ostentado com a mesma credibilidade do passado; o patriarcado.[...] Esses domínios de exclusão revelam as consequências coercitivas e reguladoras dessa construção, mesmo quando a construção é elaborada com propósitos emancipatórios. (BUTLER, 2003, p. 21-22).

Nesse sentido, a proposta deste trabalho de conclusão de curso fundamenta-se na necessidade de pensar a saúde mental em suas múltiplas determinações sociais, analisando a escassa atenção que o tema concita no campo do serviço social brasileiro, assim, debruça-se sobre a constatação, já registrada pela literatura sobre o tema, da carência relativa de estudos nas ciências sociais e humanas que analisem as imbricações da saúde mental com a categoria gênero.

Para Vasconcelos (2002), a problemática da saúde mental ainda constitui uma área relativamente pouco explorada pelo serviço social e, em geral, nas ciências humanas e sociais no Brasil. No que se refere especificamente à investigação do papel das relações de gênero na produção de desigualdades na atenção à saúde mental, parte-se da observação preliminar acerca da escassa atenção que o assunto instiga entre os pesquisadores, especialmente do campo das ciências sociais. Sendo assim, a maior parte dos trabalhos provém das áreas da saúde coletiva e da psicologia enquanto uma proporção significativamente menor provém das disciplinares das ciências humanas e sociais.

Essa consideração acerca da escassez relativa de pesquisas que examinem as desigualdades sociais na atenção à saúde mental justifica a necessidade de que sejam

realizados estudos que, como no caso do presente trabalho, se debruçam sobre os determinantes sociais na atenção à saúde mental. Trata-se de indagar quais são os fatores de desigualdade nessa área, especialmente aqueles que se inscrevem nas relações sociais de gênero.

No elenco teórico, como preza a pesquisa social de análise e integração de conteúdo, houveram contribuições advindas de pesquisas recentes publicadas e extraídas do banco de dados que sustenta o trabalho, como autorias de artigos das três grandes áreas: saúde, ciências sociais e humanas com alcance às três perspectivas destacadas na literatura científica sobre o tema: a médica-biológica, a sociológica/antropológica e a psicológica.

A perspectiva aqui adotada apoia-se nos trabalhos de Paulo Amarante (1995) e Vasconcelos (2002), além de relações sociais entre medicina e normas sociais de Jurandir Freire Costa (1989). Para problematizar as construções sócio históricas de gênero nos embasamos em Butler (2012). Sobre estrutura de ideologia contamos as contribuições de Ludovico Silva (2013), no que tange às perspectivas sobre as construção de dominação simbólica masculina dialoga-se com Bourdieu (2010), para a Política social de saúde mental alçamos o pensamento de Sônia Maluf (2017). Para evidenciarmos as contradições que emergem das diferentes concepções sobre processos de adoecimento e gênero nas publicações em Psicologia, contamos com artigos publicados por Waleska Zanello. Questões de raça e etnicidade ainda que não fossem o foco do trabalho, foram mencionados por Helena Hirata (2014) contribuindo para melhor compreensão do tema. Os resultados de pesquisa mostram a invisibilidade de determinação social de raça/etnia na interseção com gênero no campo da saúde mental, ainda que esse não tenha sido o foco da pesquisa.

Ao analisar as desigualdades sociais pode-se dizer que, no Brasil, pensar a saúde pública como estratégia voltada para a criação de corpos e mentes saudáveis necessários ao sistema capitalista, iniciam-se com o desenvolvimento e embasamento das teses científicas entre a década de 1930 e 1940. A eugenia como projeto descreditado advindo da Europa, adentra a América Latina com uma estruturação baseada no modelo adotado na Alemanha Nazista. (DUCATTI, 2015).

Historicamente, as políticas de saúde mental sobre diferentes singularidades e dimensões, tornam-se alternativa de respostas ao que Paulo Amarante denomina instauração da cidadania sanitária. Essas são estruturas organizadas pela lógica estatal como alternativas institucionais de uma ideia de saúde incluyente e exitosa.

década passou por importantes e significativas transformações, evoluindo em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária. (BRASIL, 2004)

As políticas públicas de saúde, com a especificidade da saúde mental apontam a complexidade das estratégias de compreender os dilemas que encontram lugar no projeto universalista de sujeitos da razão e da vontade, a agenda de eventos e atores sociais legitimam o saber médico e os dispositivos disciplinares.

Segundo a Lei 10.216/2001 de âmbito federal,

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2004)

O Estado por meio de políticas públicas, visa resgatar a cidadania para mulheres que foram violentadas, por intermédio de enumerados direitos no atendimento em saúde. Os direitos humanos elencados nas formas de atenção e cuidados em saúde mental, afetam a crença absoluta num ideal de cura para que reinscreva esta população feminina.

A partir da década de 1960, se institui no Brasil uma indústria de enfrentamento da loucura, esse processo fez parte das mudanças nos modelos hospitalares de atendimento e internação, no sistema público de saúde, assim, refletindo nos custos, condições e estruturas dos atendimentos pensando em melhorar as condições do atendimento psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

O movimento de Luta Antimanicomial que preza desde a década 70, pela reconstrução democrática, ao processo contemporâneo de reforma da psiquiatria no país, fortalece as lutas sociais populares no campo da saúde mental que se construíram por direitos em saúde para uma ampla população estigmatizada, marginalizada, isolada, e aqui, intenta-se como um público feminino. Garantindo que, Direito é fruto de luta social. Saúde é Direito para toda a população. Saúde Mental é Direito, portanto, discorre na mesma totalidade e cidadania.

O poder político condicionado por ideologias sociais, profissionais e sedentos de justiça social de direitos elementares aos sujeitos internados, eram os norteadores frente ao modelo tradicional de assistência à saúde como trato com a desordem econômica e sócio cultural.

A tentativa frustrante de estudar separadamente cada determinação social, econômica e política, cada dimensão [das mulheres] é uma violência colonizadora e maçante,

principalmente para os corpos das classes sociais baixas (BOLTANSKI, 1984), se tratando de exercício de democratizar acesso e permanência em saúde mental.

Na realidade contemporânea brasileira, mesmo que haja uma rede de serviços em saúde mental universal e gratuita, ativa pelos movimentos sociais comprometidos com os segmentos mais pobres da população, e que os programas de Saúde Mental devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde (BRASIL, 2004), assiste-se na sociedade uma mudança interna [e complexa] nas instituições.

Nesse sentido, as políticas refletem o risco eminente de tornarem-se normativas para convicção de uma reestruturação que divide-se em

Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo. Decretos são atos administrativos da competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento de serviços. Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como os Conselhos de Saúde. (BRASIL, 2004).

Desse ponto de vista, demonstram que a difusa e ampla legislação em saúde mental torna-se uma manutenção de sistemas e recursos para deslocar outros investimentos públicos mais prioritários; os chamados serviços substitutivos (VASCONCELOS, 2002a). A partir dos anos 1980, as políticas sociais no Brasil ainda se caracterizam como componentes de um Estado brasileiro entre inúmeras contradições e interesses de classes díspares, com interesse em manter-se a favor do grande capital. (DUCATTI, 2015).

Nas considerações finais apresenta-se a ênfase sobre alguns aspectos mais importantes que foram apreendidos no processo de investigação e análise do conteúdo. Algumas sugestões que podem sugerir e servir como consideração à futuras pesquisas e produção de conhecimento ao campo das ciências sociais e humanas, da saúde mental e ao serviço social como agente de práticas dos órgãos representativos da saúde.

Pesquisar a produção de conhecimento sobre a temática permitiu, exemplos de áreas disciplinares como a Psicologia e a parte que lhe cabe como produção científica sobre determinantes sociais em saúde mental, como resultado de sua inscrição nos objetos gerais de conhecimento das disciplinas que pertencem a essas duas grandes áreas.

O presente trabalho apresenta lacunas e limitações que estão vinculadas às condições objetivas e subjetivas sob as quais a sua escrita foi elaborada. Contudo, pretende-se que este

trabalho contribua no debate sobre a relação entre saúde mental como projeto democrático de exercício de direitos à população majoritariamente de mulheres usuárias de políticas públicas da saúde, com a especificidade da saúde mental, como também contempla e serve ao âmbito da formação científica no modo cotidiano do exercício profissional em campos de saúde, assim como na produção de conhecimento científico sobre atenção em saúde mental na sociedade brasileira contemporânea.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste na discussão de ideias e pontos de vista de autores que dialogam sobre a temática a partir de suas bases referenciais – ou seja, o que outras pessoas também dizem sobre o assunto e conclusões a partir destas.

Um ensaio acadêmico é um gênero textual que tem como objetivo discutir determinado tema. Ele consiste na exposição das ideias e pontos de vista [de autores] sobre determinado tema, com base em pesquisa referencial – ou seja, o que outras pessoas também dizem sobre [a temática] – e conclusão. Busca-se originalidade no enfoque, sem, contudo, explorar o tema de forma exaustiva.

O presente estudo baseou-se nas análises a partir da produção científica publicada sobre saúde mental e as relações com as desigualdades sociais de gênero, na grande área das ciências humanas e sociais, incluindo ciências humanas em saúde.

Discutir a saúde mental na interface com a categoria gênero como análise de desigualdades sociais permite ampliar o papel dos indicadores de avaliação na democratização de acesso e permanência nos serviços de saúde, a partir de tais categorias. Ainda permite avaliar a distribuição dos transtornos mentais e de seus agravos conforme o gênero e classe social.

A produção a partir da pesquisa bibliográfica selecionada possibilita ampliar e aprofundar os estudos tendentes às desigualdades sociais, com potência da desigualdade de gênero que permite produzir maior produção de conhecimento sobre as categorias em apreço que exigem interlocuções seminais com outros campos do saber, constituindo, assim, uma exigência interdisciplinar.

1. ASPECTOS HISTÓRICOS: MOLDAGEM SOCIAL DO CORPO FEMININO, SERVIÇO SOCIAL E DESIGUALDADES

Na década de 1940, a miséria predominantemente feminina era real e situava o campo de atuação das assistentes sociais como o “serviço social psiquiátrico”, em número reduzido, como ‘porta de entrada e saída’ dos ambientes manicomiais; lugares considerados hospitais de grandes concentrações, similares aos campos de guerra. (MOURA; FARIAS; SILVA, 2015).

De acordo com as autoras o serviço social atuava junto com as famílias do chamado “cliente” a fim de ajudá-las a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico [...], além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos. (MOURA; FARIAS; SILVA, 2015, p.3).

A partir da obra de Jurandir Freire Costa, titulada ordem médica e norma familiar (1989), que localiza historicamente a mulher no reduzido âmbito do papel feminino dentro do espaço privado, na figura de mulher higiênica e o conseqüente aumento de suas responsabilidades, pode-se introduzir o debate sobre estratos populares da sociedade brasileira e as táticas de disciplinas sobre as mulheres e seus corpos.

O saber médico, dentro da lógica dominante, reproduzia costumes coloniais ao transportar, no contexto do movimento higienista discursos que reduziam às mulheres a natureza comparando-as com animais, sob a denominação de “fêmeas mamíferas” e salientando a amamentação como lei da natureza.

A cintura é um dos símbolos do fechamento do corpo feminino, braços cruzados sobre o peito, pernas unidas, vestes amarradas, que, como inúmeros analistas apontaram, ainda hoje se impõe às mulheres [...]. Ela simboliza a barreira sagrada que protege a vagina, socialmente constituída em objeto sagrado [particularizando ritos matrimoniais]. (BOURDIEU, 2010, p.25).

Para Costa (1989), do ponto de vista dos homens, as mulheres tinham seus limites territoriais no espaço doméstico, tanto profissional quanto intelectualmente. A superioridade masculina precisava da mulher (leia-se que uma parcela oitocentista era culta, sobretudo pelo romantismo em livros) e isso ia ao encontro de uma emancipação e autonomia feminina, ao invés de trabalhar na ascensão social do marido, função essencial dada às mulheres.

Aqui, se demonstra como os corpos de mulheres, são esquematizados em estruturas de dominação que tem seu alto – mente/subjetividade - e tem seu baixo – órgãos sexuais de atividade sexual.

Longe de as necessidades da reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão social do trabalho e progressivamente, de toda ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico, e, particularmente do corpo [...] feminino de seus usos e funções, sobretudo na reprodução biológica, que dá um fundamento aparentemente natural [...]. (BOURDIEU, 2010, p.33).

Jurandir Costa (1989) argumenta que a educação moral sucedeu e secularizou mentalidades, extinguindo casas e escolas, acompanhando/herdando a violência colonizadora, resultando em corpos disciplinados e sujeitos civilizados. Já a educação intelectual conduziu pela higiene o culto e o cultivo científico à primitiva sociedade colonial.

O enfoque que defendia a naturalização dos papéis funcionais daquelas mulheres trazia seu propósito maior de definir o lugar universal disciplinar para o comportamento feminino: “não é difícil imaginar a mulher vagando numa casa deserta, sem ter absolutamente o que fazer de seu tempo livre” (COSTA, 1989, p.256 a 258). Na atualidade, já “nas comunidades periféricas, questões de gênero [ressoa] a todo instante em frases do tipo: Ah, não posso vir nesse horário, pois tenho que fazer almoço pro meu marido...” (BENITES; BARBARINI, 2009).

A partir da construção sociocultural de gênero e suas relações de hierarquia para com as mulheres, quase que construídas no anonimato, pode-se perceber que ao observar a trajetória de gênero e as mudanças de paradigmas e significados que demarcam a sua reprodução social de desigualdades, também se apreende sobre as mulheres como sujeitas históricas. São enfoques necessários que possibilitam analisar e melhor compreender sobre os diferentes modos com que as mulheres são colocadas em determinados lugares desiguais de naturalização na sociedade, dentre eles, na esfera da saúde mental.

Abordar o tema da construção social e cultural do sofrimento psíquico exige a exploração dos diversos significados atribuídos pelos sujeitos a esta experiência de vida, situando essa discussão na perspectiva da desigualdade nas relações sociais de gênero. [...]. O adoecimento psíquico feminino assumiu certas regularidades. As mulheres adentraram com maior facilidade no campo da afetividade; assim, se dispuseram a falar mais de sua vida afetiva, de envoltimentos amorosos e sexuais. Mas, sobretudo na geração mais nova de mulheres pertencentes às camadas médias intelectualizadas, em suas narrativas, verifica-se a importância atribuída à carreira profissional. (SANTOS, 2009, p.1179).

Culturalmente a renovação europeia dos costumes no Brasil recebeu apoio semelhante de desprezo para com a população negra. “O tipo de preconceito racial existente na Europa

não suportava com a mesma facilidade brasileira o contato com negros e mestiços.” (COSTA, 1989, p.125). As famílias aristocráticas e as burguesas não admitiam mais serviçais negras, somente mulheres e homens brancos para que educassem seus filhos e a “proximidade” com as mulheres escravizadas diminuiu. As mulheres negras pré-higiênicas ameaçavam as pequenas unidades domésticas, as famílias brancas, “tanto quanto o cão de guarda”. (COSTA, 1989, p.125).

O apontamento da questão étnico-racial em saúde não será aprofundado nesta investigação sistemática, pois se entende tratar de tema e vertentes focados à pesquisa da saúde mental das mulheres negras. Inclusive pesquisa sobre elas que trilham esse caminho nas áreas de conhecimento apontado, de reconhecer e incorporar a intelectualidade negra presente nos campos de pesquisa sociais e humanos e em áreas de saúde que ainda (nem) chegam tardiamente nos campos de pesquisa do Serviço Social e demais áreas científicas relacionadas que possam apontar tais linhas de investigação.

Segundo Toledo (2012) as condições sociais e estruturais empurram as mulheres negras para situações específicas em que as impossibilitam de acessar os serviços de saúde mental. A escassez relativa de pesquisas que examinem as desigualdades sociais na atenção à saúde mental e seus indicadores, em específico às mulheres negras, justificam a necessidade de que sejam realizados estudos em maior número que se debruçam sobre os determinantes sociais na atenção à saúde mental nessa especificidade.

Para Cunha (2012) são diversos atores que participam ativamente desse processo histórico. São orientadores que instrumentalizam e produzem as políticas públicas em saúde mental, já que todos envolvidos, em suas dimensões de atuação e subsídios, empenham conscientização e relevância de estudos que possam salientar evidências empíricas que retroalimentam as desigualdades sociais. Faz-se necessário, no campo epistemológico que haja uma “conectividade do sofrimento psíquico às questões transversais da vida em sociedade, como por exemplo, as questões de gênero, torna-se a principal referência para a atuação em Saúde Mental”. (RABELO; TAVARES, 2008, p.141).

As sistematizações de informações presentes nesse trabalho mostram como resultados a invisibilidade ou sombra das condições de vida da população negra,

É preciso começar salientando que a importância de focar a dimensão étnico-racial nos estudos de saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravatura até a atualidade. Porém, apesar de ser amplamente conhecida esta constatação, a abordagem em pesquisas

dessa dimensão enfrentou e enfrenta até hoje várias resistências. Acredito que isso seja devido tanto à crença da ausência de racismo na sociedade brasileira como em posições políticas abertamente contrárias a incorporá-las [...]. (CUNHA, 2012, p.22)

No estudo sobre o período histórico brasileiro chamado "Brasil Colônia" e seu panorama legalizado pelas instituições, Costa (1989) atesta que o exército e a igreja se utilizam das práticas excludentes para que ambas defendessem os interesses do reino, ou seja, instrução e escolarização como estratégia de Governo. Jurandir Freire Costa, considerado um dos pioneiros nos estudos sobre o movimento de higiene mental brasileiro, retrata a confluência de ideologias que houve entre o projeto higienista e das ligas da igreja católica, por meio da formulação e legislação de escolas doutrinárias.

Foram emersos conteúdos relativos à formação da identidade no seio familiar, como por exemplo, a família materna e paterna produzindo preconceito de raça; e a construção da identidade familiar se contrapondo à identidade construída com o casamento. Ou seja, foram conteúdos que marcaram as contradições vivenciadas por essas mulheres, que ao se casarem renunciavam a identidade construída em seu núcleo familiar e se rendiam à exigência de uma aceitação incondicional da identidade da família construída com o esposo (esposa, mãe, cuidadora). (RABELO; TAVARES, 2008, p.139).

Para saber sobre o papel do Estado e o campo de ações das políticas públicas, no caso das mulheres é visível. "A nova força doentia" com que foram [dotadas] funcionou como um espelho de fragilidade do poder patriarcal. Para subjugar-las, só havia duas soluções, ambas médicas: ou evitar absolutamente o contato fazendo-as desaparecerem ou sobre elas impor o jugo disciplinar proposto pela política higienista que solicitava um ambiente familiar doce e encantador.

Na análise de Costa (1989) os sentimentos e percepções serviram aos fatos políticos que contribuíram ao campo visual dos indivíduos para que se distinguisse o ambiente de renovação familiar na luta contra os ambientes inimigos. A higiene travava a diferenciação social e o respeito que estavam localizados na intimidade. "A sociabilidade deveria encontrar um meio termo entre a estabilidade sentimental dos novos indivíduos familiares e a cumplicidade com os interesses da cidade e do Estado." (COSTA, 1989, p.133).

Na sociedade moderna e contemporânea, para tratar das técnicas normalizadoras da família burguesa, as demarcações e as mulheres ditas relapsas e incompetentes, ainda que em sua fase de vida adulta, traz-se ao debate a descrição de Costa (1989). O estudioso afirma que as representações de desvio e libertinagem estavam no tempo e no espaço de homens, pois a

sociedade moderna enquadrava o cotidiano familiar.

Para elucidar sobre os estereótipos genéricos como pauta da saúde, o mesmo autor analisa o século XIX como o século do amor feminino e maternal, onde descreve que mecanismos como o amor da família era o amor ao Estado. “É o caso, por exemplo, do direito esmagador do homem sobre a mulher e a prole. O poder paterno colonial alimentava-se da ética religiosa [cristã] e do domínio do latifúndio sobre o meio cultural.” (COSTA, 1989, p. 62).

Bourdieu (2010) aborda que na troca simbólica de bens como a honra, oculta-se a dimensão econômica e política da transação matrimonial, pois confunde-se a lógica do modo de produção simbólica, onde se esconde uma economia que trata as mulheres como qualquer outro objeto suscetível de serem formalmente trocadas, e indissociavelmente, instrumentalizadas para dominação masculina, inclusive da estrutura do Estado.

(...) as mulheres continuam com o fardo da responsabilidade que vem associado com os papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, tornando-se ao mesmo tempo uma parte cada vez mais essencial da mão de obra e, frequentemente, constituindo-se na principal fonte de renda familiar. Além das pressões impostas às mulheres devido à expansão de seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. (SANTOS, 2009, p.1178).

O amor como abstração clássica e literária passa a ser inclusão no campo da biologia da reprodução. Moralmente devia-se zelar pela saúde do amor, fenômeno que a medicina captou e objetivou como manejável para domesticar e educar moralmente as mulheres. Houve um deslocamento desse fenômeno ao Estado, pois o amor patriota demonstrava sanidade e submissão individual, assim como era signatário de provas de boa saúde mental. São as estruturas cognitivas que unem as ‘divisões’ entre material e ideal.

Torna-se evidente que paradoxalmente, são questões que demonstram as mulheres num processo de transformação de suas histórias no que Bourdieu (2010) chama de arbitrário. Para justificar e legitimar uma dominação masculina de poder sobre sentimentos femininos, os reconhecendo como “propriedade corporal”. São os prazeres (in) suspeitos de prazer e dominação sobre ‘suas’ mulheres, dadas linhas que demarcam e compõem as sociedades capazes de apreender a dimensão da dominação simbólica masculina, que produz corpos e mentes de mulheres numa conjugação naturalizada entre os dois gêneros. Tendo assim, o Estado como lugar de elaboração e imposição desses princípios de dominação exercidos mesmo no ambiente privado.

A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social. (CORBI, 2009, p.1178).

Com lógica individualizante e tutelar, o Estado, a partir da década de trinta do século XIX, decide que as famílias não mais podiam cuidar de si próprias, mulheres não podiam mais cuidar de espaços domésticos e conjugais. “Pela educação higiênica, neste caso, vê-se até que ponto chegou a fusão entre aquisição de saúde individual e manipulação político-econômica da vida dos indivíduos.” (COSTA, 1989, p. 13).

2. AS MULHERES COMO SUJEITAS DO SEU SEXO, GÊNERO E DESEJO

Os problemas de desigualdades sociais de gênero estão atribuídos e combinados às mulheres em situações de apuros no atual cenário crítico sócio cultural e econômico da população feminina, principalmente as componentes - majoritariamente - de extratos populares.

Este cenário de esquemas práticos e disposições pode ser o que Bourdieu (2010) denomina de ambiguidade estrutural, ou seja, quando as dominadas aplicam sobre si os produtos da dominação que conformam tais estruturas, reconhecendo-as numa submissão imposta feminina como natural para serem coerentes e inconscientes das relações desiguais de gênero (BUTLER, 2003).

De um modo geral, é possível afirmar que nesses estudos a categoria gênero ressaltou a vulnerabilidade da mulher em um contexto relacional envolvendo as hierarquias sociais/relações de poder. Uma segunda perspectiva explora outras orientações sexuais, sobretudo a transexualidade e as mulheres lésbicas, despatologizando olhares e resignificando a vivência deste segmento. (ROSA; CAMPOS, 2012, p.650).

Para Butler (2003) uma genealogia fundacional de gênero, numa investigação crítica não é possível sem atentar as categorias de sexo, gênero e desejo, pois ela considera que a origem do feminino está no desejo feminino como formação de uma identidade sexual, social com pontos de origens múltiplos e difusos, supracitado acima como os problemas de mulheres

indispostas e compulsoriamente heterossexuais.

[Os] prejuízos psicossociais à mulher, tais como isolamento social, maior dependência econômica, entre outros [...] predominam os transtornos mentais comuns que, nas camadas populares, são associados ao ‘sofrimento dos nervos’. Os danos impostos à mulher podem repercutir igualmente na vida dos filhos, sendo, portanto, um dos determinantes no processo saúde-doença para algumas famílias. (ROSA; CAMPOS, 2012, p.651).

Mais uma vez Butler (2003) se faz necessária, pois trabalha a categoria gênero como um problema culminante e indeterminado. Sendo gênero um sinônimo de certo fracasso dos debates feministas. O significado de ser e estar mulher nas relações dominantes masculinas de poder na sociedade complexa e contemporânea onde o capital é masculino – tendo a compreensão e ponto de partida de que gênero é uma relação desigual de poder, pressupõe aqui, em linhas gerais, buscar o entendimento desta ‘manhã sutil’ que reprime a revolta feminina.

A ideia de “mulher”, compreendida sob uma tendência essencialista, foi sendo substituída pelas diversas possibilidades em suas interseccionalidades com raça/etnia e classe social, por exemplo. [...], sobretudo com as contribuições de Judith Butler (2012), apontando que o gênero não é apenas uma construção social a partir da diferença sexual, mas que a própria diferença sexual é uma construção de gênero, ou seja, o suposto fato biológico é “descoberto” a partir das possibilidades culturais. (ZANELLO; FIUZA, 2015, p.238).

Essas construções sociais que buscam manter a ficção e significados como efeitos naturais, originais e inevitáveis sustentam uma cultura masculinista e intervêm às representações políticas sociais contemporâneas, principalmente na área de saúde, com a especificidade de saúde mental para mulheres.

As diferenças negativas com relação às mulheres foram atribuídas às diferenças de percepção subjetiva e à superposição de responsabilidades e tarefas envolvendo dois universos distintos, o do mercado formal de trabalho, remunerado, e o mundo privado do trabalho doméstico, condensados na dupla jornada de trabalho. Tal fator é gerador de sobrecarga, o que repercute na saúde física e mental das mulheres. (ROSA, p.653).

Nesse sentido a incumbência de configurar a sujeita e o outro se dá por meio de discursos vigentes, onde há uma autorização e um lugar masculino sobre os processos de saúde mental-doenças compelidos no interior de categorias como sexo e sexualidades de

mulheres, ambas são naturalizadas como uma construção de indisposições femininas, ditas ‘coisas de mulher’, assim, conformam uma matriz de gênero, de desejo e permutam desigualmente um poder constante entre homens e mulheres.

O adoecimento psíquico feminino assumiu certas regularidades. As mulheres adentraram com maior facilidade no campo da afetividade; assim, se dispuseram a falar mais de sua vida afetiva, de envolvimento amoroso e sexuais. Mas, sobretudo na geração mais nova de mulheres pertencentes às camadas médias intelectualizadas, em suas narrativas, verifica-se a importância atribuída à carreira profissional. O surgimento do adoecimento psíquico não inviabiliza que essas mulheres persigam seus objetivos nesse campo da vida. Também, observou-se que estas mulheres desempenham dentro da esfera privada tarefas privadas. (CORBI, 2009, p. 1179).

Butler (2003) ao escrever sobre normas e política das próprias identidades, empreende as categorias de gênero, sexo e sexualidade como sujeitas que requerem uma reconsideração do *status* do ser mulher e das distinções e construções fictícias sobre sexo e desejo, regimes de poder, e os pressupostos e necessários questionamentos frente aos tabus que impedem uma inteligibilidade cultural dos corpos femininos e as linguagens que revelam ou distorcem sobre o que é tido como verdadeiro na categoria mulheres, como sujeitas libertas ou representações políticas estabelecidas.

(...) há uma “estratégia de sobrevivência”, a qual sugere existir uma situação de coação social, claramente punitiva, na qual esta performance se dá. Assim, o tornar-se mulher ou o tornar-se homem, em nossa sociedade binária, seria “obrigar o corpo a conformar-se com uma ideia histórica” (BUTLER, 1990, p. 300) de “mulher” ou de “homem”. (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015, p.238).

Compreender o lugar de silenciamento que as mulheres ocupam nas políticas de saúde mental e seus problemas mais sérios possibilita entender as maneiras distintas de atendimento e significados destes lugares sociais entre homens e mulheres nos processos de tratamentos psíquicos em saúde a partir da importância e da sexualidade masculina hegemônica, e paradoxalmente das ideias de uma essência feminina, tendo a ‘biologia como destino’. (BUTLER, 2003).

O gênero lido como os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, levado a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Nesse sentido o próprio significado se coloca como algo individualizado a cada ser, pois somente o que vive o corpo sabe em qual ele se

“encaixa”.

Quando Butler (2003) reflete que, se o sexo teria uma história, contestando a categoria natural, cromossômica e hormonal de sexo estabelecidas pelas avaliações médico científicas, ela levanta um conjunto de problemas filosóficos/teóricos/políticos que não serão aprofundados aqui pelas próprias limitações de produção deste trabalho.

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo [...], [ou seja,], [...] essa produção do sexo como pré-discursivo deve ser compreendida como efeito do aparato de construção cultural que designamos por gênero. (BUTLER, 2003, p.25-26).

Butler (2003) faz um apelo a própria categoria das mulheres, e ressalta que em nome de propósitos meramente ‘estratégicos’, não se resolve nada, “pois as estratégias sempre têm significados que extrapolam os propósitos a que se destinam. Nesse caso, a própria exclusão pode restringir [...], mas que tem “consequências”.

É o retrato da prescrição socialmente destinada ao “ser mulher”: devem ser dóceis, amorosas, devotadas, recatadas e, sobretudo, amantes. A exigência social para que cumpram este padrão preestabelecido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-as em uma vivência de impotência, apagada. [...] Assim, ao se questionar uma prática reificadora no campo da saúde mental, que acaba por coisificar a “doença” e reduzir o sujeito a um corpo biológico (assim como a compreensão prevalente na cultura reduz as diferenças de gênero a mecanismos biológicos e hormonais), a análise das relações de gênero pode propiciar uma ampliação dos debates (...). (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015, p.230-240).

Nesse contexto, para Butler (2003), embora as ciências sociais refiram gênero como um fator de análise, ele também é aplicado a mulheres reais, a partir de uma marca biológica, linguística e cultural, compreendendo e significando corpos femininos diferentes sexualmente, onde vertentes e teorias feministas apontam gênero como um conjunto de relações, que acabam por enaltecer os homens como personalidade universal.

Essas discordâncias tão agudas sobre o significado gênero, onde discutir o que é mais fundamental, gênero-sexo-noção de mulheres, estabelece a necessidade de repensar radicalmente as categorias no contexto das relações desiguais de gênero produtoras e mantenedoras de desigualdades sociais em processos de saúde mental de mulheres (BUTLER, 2003, p.31) e os dispositivos que produzem identidades sociais de mulheres, por meio das condições sócias históricas, nos determinados contextos sociais e sob fatores determinantes.

Por exemplo,

Em 83% dos casos, o matrimônio foi evidenciado como salvação (“salvador”) de uma precariedade financeira e/ou moral da mulher, ou ainda, como uma solução para o desejo de sair de casa em decorrência de uma convivência conflituosa com os pais. [...]. Isso aponta para uma especificidade de gênero na nossa cultura: às mulheres é permitido o desejo sexual, desde que este seja chancelado por um casamento. (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015, p. 241).

O próximo item apresentado neste trabalho sugere justamente esta discussão em que a mulher e a desigualdade social lhe imputam questões importantes para sua saúde mental. O que leva a ampliar a discussão para o item a seguir.

3. SAÚDE MENTAL E DESIGUALDADES SOCIAIS: GÊNERO EM SAÚDE

Abordar a temática saúde mental com interface às desigualdades sociais, com a especificidade das desigualdades sociais de gênero, ambas ainda pouco exploradas nas áreas de conhecimento como ciências sociais e humanas, além de áreas como a própria área de saúde: saúde mental e desigualdades sociais, procura escrever sobre as desigualdades sociais como sombras em pesquisas do Serviço Social e saberes correlacionais produzidos e disponibilizados no universo acadêmico de pesquisa científica.

O interesse tardio pela investigação científica em saúde mental na trajetória de desigualdades sociais não é nova, porém ainda pouco explorada nos campos epistemológicos sociais. A epistemologia social, dentre outras áreas, pode se debruçar sobre as condições populacionais de saúde e os processos de saúde mental e doença como processos sociais.

No que tange ao Serviço Social, os estudos de classes sociais vinculados aos campos de saúde mental com demarcadores de gênero e demais categorias de análise, demonstram que há uma urgência no que se refere às possibilidades de pesquisas sobre a relação direta entre relações de gênero e processos de saúde mental e produção de doenças psíquicas, especificadamente as mulheres componentes de classes populares, periféricas.

[Relaciona-se] à responsabilidade da mulher diante das construções históricas e sociais determinadas pela divisão sexual do trabalho e perpetuadas pelo modo de produção e de acumulação da sociedade. [...]. A sobrecarga financeira, quando analisada no contexto diário, ganha proporções ainda maiores quando se identifica que, além da preocupação em

suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais familiares podem sofrer privações devido ao rígido controle do orçamento. (OLIVEIRA; ELOIA; LIMA; ELOIA; LINHARES, 2017, p.76).

Ao se tratar das intersecções entre as desigualdades há uma interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe, analisado pela jurista afro-americana Kimberlé W. Crenshaw (HIRATA, 2014 apud CRENSHAW, 1989). Estudar sobre saúde mental e a interseccionalidade de gênero, raça/etnia e classe social no contexto da atualidade brasileira, é uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, e, portanto é um instrumento de luta política. (HIRATA apud COLLINS, 2014).

Mostrou-se que as maiores prevalências foram encontradas em mulheres, pessoas com menor escolaridade e em pessoas com baixa renda, incluindo desempregados. Levantou-se a hipótese de que a opressão de gênero, a exclusão e as injustiças sociais são elementos relevantes (...). (SOUZA et al., 2012, p.1025).

Quando se refere a abordagem sobre desigualdades sociais e saúde mental, entende-se que a referência está na produção de saúde e doença das populações, e que as características sociais como educação, ocupação, gênero, sexualidade, condições de moradia e trabalho são aspectos que ultrapassam o sentido biológico e biologizante que atribui valor de igualdade ou desigualdade social aos indivíduos e grupos sociais.

A discussão em torno das desigualdades sociais em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental. Como posições polares, podemos apontar, de um lado, o comportamento político da maioria dos dirigentes de países europeus, que cada vez mais concedem importância à redução das desigualdades sociais em saúde, considerando que os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais devem ter como principal objetivo o alcance da equidade. (BARATA, 2009, p.11).

Pela atual conjuntura global, no que se põe como desafios ao âmbito político e econômico das políticas sociais, houveram poucas mudanças estruturais, pois os traços particulares do capitalismo se concentram nas periferias, neste caso, nas brasileiras, desde as reformas sanitária e psiquiátrica, ambas como verdadeiros desafios com dimensões e amplitudes frente aos ajustes táticos necessários para a continuidade dos processos das reformas.

Assim, nos últimos anos, apesar de alguns poucos avanços setoriais, como

na distribuição e renda e na diminuição da pobreza, se mantém os traços estruturais do desemprego elevado, a focalização e o subfinanciamento das políticas sociais, a precarização dos vínculos de trabalho tanto no setor público quanto privado, e o abuso de drogas e a violência, com suas fortes implicações no campo da saúde mental. (VASCONCELOS, 2010, p.23).

As desigualdades sociais estão sob as condições políticas e sociais e surgiram com o capitalismo, nas condições de vida da classe trabalhadora tendo como ideários as contradições revolucionárias de valor como igualdade e liberdade, inclusive nos campos da saúde, mas, não trouxeram condições de vida relacionando saúde e estado de saúde física e mental para os grupos sociais variados e dados as injustiças sociais. “As divergências aparecem nos momentos em que se faz necessário elaborar explicações que não questionem os limites, as diferenças sociais em saúde”. (BARATA, 2009, p. 13).

Os processos globais modernos de institucionalização social caracterizam os problemas em saúde, com a especificidade aqui da saúde mental e produção capitalista de doenças psíquicas femininas do sofrimento, em mecanismos de disposições psicológicas e familiares. (MITJAVILA; JESUS, 2004, p.69).

Em termos culturais, isso significa que na modernidade tardia assiste-se a uma decomposição das fontes de significado coletivas (consciência de classe, fé no progresso, etc.), as quais tornam-se objetos de desencantamento e esgotamento, ao mesmo tempo em que sua perda leva às instituições a depositarem as funções de suporte nos indivíduos [...]. (MITJAVILA; JESUS, 2004, p.70).

“Na comunidade, as questões de gênero [ressoam] a todo instante em frases do tipo: *Ah, não posso vir nesse horário, pois tenho que fazer almoço pro meu marido...*” (BENITES; BARBARINI, 2009). Essa frase aponta para a construção sociocultural de gênero e suas relações de hierarquia para com as mulheres, quase que construídas no anonimato, pode-se perceber que ao observar a trajetória de gênero e as mudanças de paradigmas e significados que demarcam a sua reprodução social de desigualdades, também se apreende sobre as mulheres como sujeitas históricas.

No campo da saúde mental, a saliência histórica de uma contínua ação política, em conjunturas difíceis como essas, fundamentalmente, precisa-se reconhecer as conquistas importantes que ocupam dentro e fora dos espaços de movimentos e atores sociais dentro do aparelho estatal. Quando se diminui o espaço político no campo institucional e no Estado, os movimentos sociais devido as forças e autonomia na sociedade podem pressionar o Estado de fora. (VASCONCELOS, 2010, p. 24).

As explicações mais frequentes sobre as populações e grupos em acessos aos serviços de saúde mental, são dadas de maneiras simplistas e apresentadas como efeitos decorrentes de diferenciação entre recursos disponíveis, incapacidade de indivíduos e falta de organização dos próprios serviços de atendimento em saúde para mulheres. Quando se compara o Brasil com outros países, e os diferentes graus de atendimento em saúde mental, a assistência médica e seu desenvolvimento, não apresentam diminuição de desigualdades sociais, que aumentam com o passar do tempo. (BARATA, 2009, p.13).

O fechamento de leitos hospitalares manicomial, e a substituição de serviços em rede de atenção psicossocial, se, numa análise mais cuidadosa, for descolada da compreensão dos processos históricos de problemas econômicos, políticos e gerenciais, em diferentes níveis governamentais, voltados às políticas de saúde mental, acabam numa tendência e perspectiva de desconhecimento desse contexto mais amplo.

Para que se avance no que repercute nas políticas sociais em saúde mental da população, em programas e serviços, e o papel corporativo da medicina e da psiquiatria biomédica, desde as substituições de serviços e articulações políticas intersetoriais associadas, busca-se uma visão sobre as grandes áreas e distritos sanitários.

Por exemplo, grandes estados, cidades e distritos, como São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, além da vasta complexidade típica das grandes áreas metropolitanas, tem sido palco de contínuos governos estaduais, municipais e distritais conservadores, aprofundando a imensa dívida social com suas populações e gerando enormes dificuldades para os movimentos sociais. (VASCONCELOS, 2010, p. 27).

Dentre os 26 estados brasileiros, Santa Catarina representa 3,27% da população brasileira, com 6.634.254 habitantes. Segundo a Revista Ministerial de Saúde sobre a 3ª edição da Legislação Nacional de Saúde Mental (1999-2002) Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul eram os estados que haviam aprovado legislações naquele contexto. Atualmente, seguindo a página oficial da Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina continua assegurando-se na Legislação Nacional, Lei 10.216/2001.

Para tratar de uma reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e os desafios desses direitos em saúde, é necessária uma discussão mais complexa, sobre questões e desafios teórico-políticos do desenvolvimento dos direitos de cidadania no campo da saúde mental e os movimentos nos países latinos, assim como a ligação estreita com a cultura nórdica pautada pelo individualismo, associada ao desenvolvimento dos Estados de Bem

Estar Social que marcam os contextos dos anos de 1980, organizações não governamentais (ONGs) e o financiamento do próprio Estado. (VASCONCELOS, 2002).

Seguindo Belletini e Gomes (2013), o remodelamento psiquiátrico passa a desenvolver-se no Brasil a partir da década de 1970 apoiado no movimento italiano coordenado por Franco Basaglia que lutava de forma coletiva para edificar uma nova forma ao conhecimento psiquiátrico que apoiava-se no modelo hospitalocêntrico para auxílio das pessoas com transtornos mentais. Este movimento fez ressurgir tanto no Brasil como em outros países diferentes debates sobre a desinstitucionalização das pessoas que sofriam de doenças mentais. Nesse sentido,

Os CAPS [Centros de Atenção Psicossocial] são locais de produção de cuidados, de subjetividades, de autonomia, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. É um lugar onde se articula o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a diversidade de possibilidades de intervenções terapêuticas. (BELLETTINI; GOMES, 2013, p.165).

Para Vasconcelos (2010) os avanços significativos no que se concerne às políticas na área de saúde mental, políticas condizentes com os interesses históricos da população, associadas aos caminhos e processos do cuidado, assim como a busca por respostas urgentes às necessidades do campo específico que passa pelos aparelhos do Estado, e que passa por diferentes agências e fontes de financiamento, precisa garantir bons efeitos de programas e ações, e também, atingir a ponta dos serviços com a população.

Por outro lado, os desafios econômicos, políticos e culturais entre os processos de saúde mental e doenças produzidas do sofrer às camadas sociais populares diante da difusão de tecnologias médicas, com o passar do tempo, deveriam provocar e reduzir as desigualdades sociais em saúde, e não o seu aumento. Portanto, por mais importante que o desenvolvimento técnico científico possa parecer a recuperação da saúde, esta não é a explicação mais plausível para essas desigualdades. (BARATA, 2009, p. 14).

Para sublinhar as questões que envolvem as desigualdades sociais provocadas pelos processos reducionistas da sociedade capitalista moderna, atribui-se principalmente ao campo da saúde mental e das implicações do capital nos processos de reorganização política e psiquiátrica brasileira

[...] à origem e estrutura dos próprios mecanismos e dispositivos que lhe outorgam sustentação política e cultural. Com efeito, poder-se-ia hipotetizar que uma das consequências mais significativas da globalização consiste no adensamento tecno-político e, ao mesmo tempo, na universalização e

padronização das tecnologias políticas a serviço das estratégias de individualização dos agentes sociais. (MITJAVILA; JESUS, 2004, p. 74).

A individualização social na modernidade pode dialogar e construir um entendimento a partir de Luc Boltanski e suas análises, quando remete a ideia de entender o corpo como portador de determinações sócio-econômico-políticas. Ao se estudar pelo viés de uma violência colonialista, e as determinações sociais que atravessam a dimensão da saúde mental das classes sociais dominadas e domesticadas, dos corpos femininos.

Pode-se apreender a relação do corpo das mulheres contextualizadas nas classes sociais populares em que se situam, e a legitimidade na relação de poder e da distância social entre a medicina exercida diante das práticas familiares populares sucumbidas pela excelência das receitas médicas. “Mas não seria ceder a uma ilusão, o fato de ver nas práticas médicas dos membros das classes populares a expressão de uma medicina popular, medicina pelo povo e para o povo?” (BOLTANSKI, 1984, p. 26).

Sobre a relação de mulheres doentes com o médico, e a complexidade dos processos de conhecimentos sobre a saúde mental e produção de doenças femininas mentais, descreve-se que

A ansiedade [dos] membros das classes populares em relação ao médico provém, em primeiro lugar, do fato de não possuírem nenhum critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais do médico; nisso diferem [dos] membros das classes superiores, que podem procurar os conselhos dos médicos detentores de autoridade entre seus pares, esforçando-se por escolher, baseados em seus títulos e reputação, aqueles que ocupam o centro do campo médico. (BOLTANSKI, 1984, p.39).

No que se constituem historicamente os discursos médicos sobre os conhecimentos dos processos de saúde-doença mental, e uma especialidade médica delegada como transmissora de informações, conseqüentemente existem por meio de representações hesitantes que se mantém junto às mulheres de classes sociais populares numa relação educada e reflexiva sobre as doenças mentais e as conseqüências inversas de recursos de bordo, ou seja, o que é e o que não é sobre tais doenças que operam sobre os corpos de mulheres. “Conseqüentemente o efeito de legitimidade não tem um peso suficiente para impedir que os agentes sociais mantenham um discurso qualquer sobre a doença, ou, pelo menos, que tentem reproduzir o discurso do médico.” (BOLTANSKI, 1984, p.69).

Dentro da perspectiva liberal, acredita-se que é o estilo de vida dos indivíduos que torna-se o principal responsável pelas desigualdades sociais. As posições da saúde pública tradicional, em específico no campo da saúde mental,

Esvazia-se o sentido da relação saúde-doença e o conteúdo social do processo, atribuindo a preferências individuais a causa das diferenças observadas. As posições da saúde pública tradicional e da educação sanitária são amplamente baseadas nessa crença de que os indivíduos na sociedade atual são livres para escolher a qualidade de sua moradia, suas condições de trabalho, seus comportamentos e as situações de maior ou menor risco para a saúde. (BARATA, 2009, p.15).

No que se refere aos dispositivos oferecidos na atualidade ao público de mulheres que alcançam os serviços em rede, espaço em que atuam tais relações descritas sob hegemonia médica psiquiatra-usuária, percebe-se que nesse campo, a psiquiatria biomédica vem investindo fortemente em ambulatórios especializados por diagnóstico, por meio da cobertura geográfica e pelos níveis de complexidade e cuidados nos casos mais desafiadores. (VASCONCELOS, 2010, p.59).

Entendendo que na psiquiatria biomédica na estratégia global de reformas neoliberais há uma lógica de supervisão e controle sobre os corpos, sobre as novas tecnologias e considerando o panorama de desafios preocupantes, identifica-se num período mais recente, sobre reformas brasileiras nos campos de saúde mental, datados de três fases: humanização da rede hospitalar (1978-1982), mobilização política e modelos de desinstitucionalização (1992-2001) e aprovação de legislação (Lei 10.216 de 2001) como expansão e consolidação da rede psicossocial.

Porém, o sistema brasileiro de saúde pública, o Sistema Único de Saúde – SUS

É marcado, entre outras coisas, por dificuldades estruturais de financiamento, difícil acesso, pouca resolutividade e baixa capacidade para absorver novos desafios. Em contextos, como estes, as análises históricas em outros países e no próprio Brasil demonstram que toda vez que eventualmente conseguimos aumentar mais o patamar dos benefícios apenas no campo da saúde mental, ela vira desaguadouro [...]. (VASCONCELOS, 2010, p.26).

Como tradução e reorganização do capitalismo da atualidade que deixa marcas profundas na saúde e saúde mental da população feminina componentes de classes populares periféricas, a partir de sub-investimentos, e projetos abertos de cunho liberal, que contradizem vistas de promoção de igualdade em saúde e determinantes sociais como caminho de equidade em saúde mental,

[...] verifica-se que a política socioeconômica de Lula atuou na contenção dos desequilíbrios macro e microeconômicos, gerados no governo anterior,

optou por uma substituição de agendas de políticas públicas, buscando novas formatações em relação aos governos de Fernando Henrique Cardoso – FHC, embora tenha se equivocado ao tornar tais políticas condicionadas a liberação e excedentes econômicos, prejudicando recursos em saúde e educação. (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, p.72).

Nesse momento, em que o Brasil corresponde às demandas capitalistas internacionais, e se reconhece uma marginalização econômica, social e política, e todavia, pouco se investiu em políticas públicas redistributivas de renda e serviços públicos de saúde, saúde mental, educação e trabalho, etc., Amarante (1995) descreve o país norte americano como exemplo de trabalhos médicos e atitudes terapêuticas que medicalizam a ordem social, por meio de expressivos segmentos populares e marginalizados pelas mais variadas causas.

Como resultado, temos que, nos Estados Unidos da América – EUA, os programas de prevenção acarretaram um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, aumento esse que não significa exatamente a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários. Ocorre, que conforme os serviços preventivos [...] e de outros mecanismos de captação fazer ingressar novos contingentes [...] para os tratamentos mentais [...]. (AMARANTE, 1995, p.41).

Ao considerar-se a utilização de conceito e ideias difundidas de crise, os instrumentais de intervenção no campo de saúde mental baseiam-se em trabalho comunitário, equipes de saúde com papel de consultoria/assessoria/perícia e fornecem normas e padrões éticos e morais sob os auspícios do domínio científico, inclusive, identificação de casos suspeitos de enfermidade mental no meio de determinados grupos sociais.

Para Amarante (1995) as alternativas, as propostas nas formas de [re] organização à assistência psiquiátrica ganham matizes na medida em que possibilita que se produzam dependências às instituições, acelerando a perda de elos comunitários, familiares, culturais e se amplia a oferta de serviços na área de saúde, saúde mental, como projetos de contraposição aos processos de alienação e exclusão social dos indivíduos, com especificidade aos corpos de mulheres.

Mais precisamente, esta aproximação mostra, em primeiro lugar, que as diferenças no comportamento sanitário [das mulheres] das diferentes classes sociais são muito maiores do que levaria a supor o consumo médico considerado isoladamente, não tendo um mesmo nível de consumo a mesma significação quando é o comportamento de categorias sociais [cujas mulheres] tem oportunidades de vidas desiguais [...]. (BOLTANSKI, 1984, p.122).

Por outro lado, mulheres, como a população majoritária de usuárias que integram a atenção em saúde mental, configuram atuais e novos desafios e necessidades à política de saúde mental e agentes sociais envolvidos; política essa que se baseia, historicamente, em dados epidemiológicos como formuladores de mecanismos e ações, através de medicações como antipsicóticos e antidepressivos às mulheres ou seja a própria medicalização da pobreza já discutida em algumas vertentes.

Costa (1989) defende que nos casos de mulheres delinquentes ou conformistas em que o efeito da moral e correção, denominada moral coercitiva vinga as mulheres e seus comportamentos, acaba por desenvolver um comportamento oposto frente ao dilema insolúvel: reproduzem a norma, após adaptar-se e, posteriormente, rebelam-se ao sentimento de culpa, caucionado pelo sistema repressivo.

Para compreender a base da produção normativa que torna a mudança de modelo de atenção em saúde mental como parte de uma política inter e nacional Costa (1989) ao retratar a lógica de articulação entre o poder médico e o poder do Estado, trabalha com as hipóteses explicativas que concerne ao poder médico uma necessidade intrínseca, e sobre a decolagem de consumo e ofertas de serviços privados nas áreas de saúde e saúde mental. Gerando assim, a culpa, o sentimento de insatisfação constante nas mulheres, nos corpos femininos, quanto aos seus estados de saúde física e mental.

No início de processo de reforma brasileira, tendo em vista a necessidade central da substituição quase exclusivamente hospitalar, também para liberação de recursos extra hospitalares, a prioridade foi claramente dada aos adultos com transtornos mentais maiores. Entretanto, há uma prevalência alta e crescente de transtornos menores na população, com diversas especificidades quando se considera as clivagens de geração (crianças, adolescentes e idosos), gênero (por exemplo, a depressão em mulheres), etnias e outras minorias sociais (por exemplo, a população indígena). (VASCONCELOS, 2010, p.57).

A dependência de consultas médicas, e também sua contradição, a dependência farmacêutica sem receita, efetiva as sensações de mulheres de segmentos populares, que não aceitam intensificar suas sensações, mesmo que sejam as dores interrogadas pelos médicos, como sendo as dores não localizadas, as fraquezas, melancolias, sintomas significantes atribuídos como sintomas doentios.

Boltanski (1984) atribui ao conhecimento que mulheres de classes sociais diferenciadas, na própria transmissão de experiências vividas e sentidas através de seus corpos, pois assim, mulheres apresentam discursos entrecortados, fragmentados de palavras,

com demonstração de vergonha de seus corpos, ou seja, sintomas em que o médico já atribuiu e prescreveu após as descrições, sem que as usuárias dos serviços de saúde, com a especificidade da rede em saúde mental, procurem aparentemente, tais manipulações, como se fossem incapazes.

Para Ludermir (2008) as dimensões de gênero e classe social possibilitam incluir as análises de desigualdades sociais, pois saúde mental na perspectiva de gênero e classe percebe relações de domínio e subordinação estabelecidas e expressadas pelo sofrimento diferenciado para cada grupo social.

De acordo com a autora são questões que envolvem relações sociais de poder, equidade, privilégios, modos diferenciados étnicos raciais e imbricam conceitos e associações distintas de saúde mental e concepções de saúde. São as opressões de um grupo social sobre o outro que caracterizam as concepções e causalidades nos processos de saúde mental-doenças, não desassociando determinações de gênero e classe social. (LUDERMIR, 2008, p.461).

Na relação estado patriarcal e o uso social de subordinação do corpo feminino, numa relação assimétrica com a medicina não é uma novidade de análise em se tratando de formulações médicas e de pesquisas submetidas e estabelecidas por relações sistemáticas de indicadores sociais (Boltanski, 1984) compreende-se a ideologia de naturalização e inferiorização das mulheres num argumento anátomo-fisiológico pretensioso de higienizar inclusive, a autonomia das mulheres (COSTA, 1989, p.260).

No campo da saúde mental, [para as mulheres] é imperioso restabelecer a relação da pessoa com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; abrir as portas; produzir espaços de interlocução; liberar os sentimentos; (...). (LIMA; CORREIA, 2012, p.154).

A distância social retrata uma relação médico homem – paciente mulher, e se traduz principalmente numa distância linguística classista para mulheres, afirmando a subordinação trabalhada como desigualdade social na atenção à saúde mental-doença para atendimento com público feminino. As relações sociais desiguais remetem ao

[...] básico que é o acesso às informações no exercício do direito em saúde compromete-se já que na prestação de informações médicas durante a consulta é tanto mais fraco quanto mais baixo a [mulher] está na hierarquia social [...] quanto maiores forem as diferenças entre o sistema de categorias utilizado pelo médico e o utilizado [pela usuária], mais a assimilação, ou seja, a compreensão desse discurso, e sua memorização exigirá um difícil “trabalho” de reinterpretação ou de “reinvenção”. (BOLTANSKI, 1984,

p.139).

O Estado, como executor de circunscrição aos corpos femininos, atende por meio de seus serviços de cuidados e atenção em saúde mental às mulheres, demonstra que as desigualdades sociais de gênero perpassam os estratos sociais presentes nas práticas sociais, assim como demarca a diferença e as determinações de classe social, de gênero e as desigualdades sociais que se reproduzem nessa assimetria. Como análise de determinações em saúde mental e desigualdades sociais reproduzidas entendem-se que cada representação responde a dada classe social, cada processo de adoecimento e cuidados em saúde mental lhe será direcionado, produzido.

Embora uma leitura do campo da saúde mental sob o viés de gênero ainda seja incipiente, alguns estudos já apontam a importância dessa articulação, ressaltando que a própria experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente. (ZANELLO; SILVA, 2012; SANTOS, 2009; ANDRADE, 2014).

Ao dialogar sobre o feminino e o ser percebido feminino e os modelos presentes e esquecidos na estrutura social, inclui-se aqui o contexto de atenção em saúde às mulheres. Bourdieu (2010) percebe que o corpo é uma representação subjetiva associado a um determinado grau de representação objetiva do corpo.

Nesse sentido, busca-se garantir a liberdade de escolha, o direito à autonomia e à autodeterminação, e à independência pessoal das pessoas em sofrimento mental. Só assim pode ser garantida a sua dignidade, superando-se o sofrimento da invisibilidade como pessoa [e como cidadã]. (LIMA; CORREIA, 2012, p.154).

Estes esquemas, nos quais um grupo deposita suas estruturas fundamentais (tais como grande/pequeno, forte/fraco, etc.) interpõem-se desde a origem entre cada agente e o seu próprio corpo, porque as reações suscitam as próprias percepções que se tem de suas próprias reações, esquemas como oposição entre masculino e feminino (BOURDIEU, 2010, p.79).

Assim, ao se questionar uma prática reificadora no campo da saúde mental, que acaba por coisificar a “doença” e reduzir o sujeito a um corpo biológico (assim como a compreensão prevalente na cultura reduz as diferenças de gênero a mecanismos biológicos e hormonais), a análise das relações de gênero pode propiciar uma ampliação dos debates, uma vez que destaca aspectos gendrados da experiência do sofrimento psíquico (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011; ZANELLO, 2014).

Esses diferentes tipos de demanda social em saúde mental definem as apreensões e categorias dos corpos de mulheres por uma percepção e disciplina engendrada que exerce uma função específica, por exemplo, a redução de um corpo inteiro de suas dimensões (obesidade ou excesso de peso), como necessidade de manipulação para que o corpo feminino tenha a funcionalidade de produção de força de trabalho, através da função maternal ou encaminhamento nutricionista. (BOLTANSKI, 1984, p.116). O que leva ao entendimento que sim, existe um padrão a ser seguido, inclusive na saúde mental e no que diz respeito ao gênero.

4. POLÍTICAS SOCIAIS: DESIGUALDADE NO ACESSO

Na atualidade, o modelo contemporâneo em saúde mental passa por mudanças estruturais, assim como as ideologias que embasaram o movimento de reforma e luta antimanicomial, para que propostas de regulamentação dos direitos de mulheres e seus históricos com manicômios no país atendam à extinção progressiva de internações hospitalares, diante de mulheres estigmatizadas.

De acordo com Sônia Maluf (2017) o processo e a complexidade de elaboração de políticas públicas de saúde e os diversos atores sociais envolvidos desdobram-se em práticas e sujeitos concretos agindo em nome do Estado; este é o espaço em que a política de saúde mental se realiza.

Os serviços consolidados pela política nacional de saúde mental preveem a criação de uma ampla e disseminada rede de atendimento, que envolve diferentes dispositivos da atenção pública à saúde, como os centros de atenção psicossocial, os serviços residenciais terapêuticos, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a rede de atenção psicossocial, entre outros. Entendemos que esses dispositivos visam ao fechamento gradativo dos leitos nos hospitais psiquiátricos até a extinção definitiva desses hospitais. (MALUF; ANDRADE, 2017, p. 174).

Para Vasconcelos (2002) desde os anos de 1990, o Brasil atravessa o processo de fechar leitos hospitalares e instituições hospitalares que não apresentam as condições básicas de hotelaria e enfermagem. No entanto, serviços substitutivos como os centros de atenção psicossocial paralelamente apresentam as mesmas limitações em termos de concentração geográfica, nível de troca social e reinserção efetiva [das mulheres] das comunidades.

A demanda de atendimentos em saúde mental alcança cerca de 10 a 12% da

população que necessita de cuidados em saúde mental e em torno de 3% da população necessita de cuidados contínuos nesta área. (LIMA; SICILIANI; DREHMER, 2012, p. 143).

Justifica-se a importância de colocar o período de fim dos anos 1970, com cenário de regime militar e do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e os questionamentos frente às políticas médicas psiquiátricas e seus processos dentro do marco referencial teórico que se desenvolve nesse trabalho. Para uma compreensão dos eventos que foram determinantes nos processos de desinstitucionalização no país, e as principais características que marcam a dinâmica contemporânea.

A análise na atenção à saúde mental proposta neste trabalho, com foco nas desigualdades sociais, compreende adentrar os processos de dita chamada reforma psiquiátrica assim como aos processos de desinstitucionalização, por meio do pensamento de Eduardo Mourão Vasconcelos (2002). Ao conhecer a história da saúde mental e suas intervenções como os diferentes contextos históricos entendem-se sobre as conjunturas de escassez da força de trabalho, os processos de transição demográfica, as cenas políticas de democratização, o desenvolvimento de sistemas de bem-estar social e as políticas neoliberais de desinvestimentos em políticas sociais públicas.

A atenção pública à saúde e as expressões hegemônicas de atenção pública das mulheres demonstram um caráter idealizado de autonomia estatal heteronormativo frente e este recorte, pois

A rebeldia e sua repressão pareciam ser apreendidas nos mesmos termos, fenômeno que deu lugar a meu primeiro discernimento crítico da manha sutil do poder: a lei dominante ameaçava com problemas, ameaçava até nos colocar em apuros, para evitar que tivéssemos problemas. Com o passar do tempo, outras ambiguidades alcançaram o cenário crítico. (BUTLER, 1990, p.7)

Saúde mental na relação com estudos de gênero, com as dimensões descritas e estudadas pela pesquisa do presente trabalho, sinaliza que existe uma lacuna entre os serviços de atenção primária em saúde mental preconizados pelo estado e pela reforma psiquiátrica.

No que tange aos atuais trabalhos de produção científica sobre o tema, antecipa-se a hipótese de que a maior parte dos estudos e pesquisas debruça-se apenas sobre um dos tipos de desigualdade, como, por exemplo, a violência, mas sem levar especificamente em consideração suas conexões com as demais fontes de desigualdades sociais.

Para tratar da interseccionalidade entre saúde mental e desigualdades, com a dimensão

gênero na contemporaneidade brasileira, novamente se traz ao debate as ideias de Hirata (2014) e as interpelações que ela cita sobre as feministas negras em países onde a opressão racial foi objeto de análise bem antes da França, como é o caso do Brasil, constituindo como elemento do texto, a contribuição no que remete às relações de poder ligadas à dimensão racial, nessa textura em específico, o campo da saúde mental. Para Hirata (2014), a partir de Guillarmin, já se conceitualizava racismo ou “raça” desde a década de 1970, na França, através das revistas científicas como a *Questions Féministes*, mas não em termos interseccionais com a classe social.

Segundo Hirata, parte-se de uma

perspectiva parcial” da epistemologia feminista a partir dos conceitos de interseccionalidade [...], as conceitualizações partilham, a meu ver, do pressuposto central da epistemologia feminista, segundo o qual “as definições vigentes de neutralidade, objetividade, racionalidade e universalidade da ciência, na verdade, frequentemente incorporam a visão do mundo das pessoas que criaram essa ciência: homens – os machos – ocidentais, membros das classes dominantes (Lowy, 2009, p. 40) e, podemos acrescentar, brancos. (HIRATA, 2014, p. 62)

Em que ao se tratar das interseções entre as desigualdades há de se ter uma interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe, analisado pela jurista afro-americana Kimberlé W. Crenshaw (1989). Embora se reconheça não se tratará disso e sim das desigualdades de gênero.

Além dos materiais que se referem diretamente à saúde mental, o vínculo histórico, a exemplificação do processo da reforma psiquiátrica brasileira e o movimento de desinstitucionalização como observações iniciais são úteis para apreender sobre saúde mental e os determinantes a partir das desigualdades sociais. Para Pierre Bourdieu (2001) o sistema destina uma apreensão parcial que produz um desconhecimento de sua verdade e de seus efeitos. O autor afirma: “é assim que – mesmo para [aquelas] que mais contribuem diretamente para sua realização” (BOURDIEU, 2001, p.166).

Buscou-se aqui o interesse teórico e epistemológico de articular uma perspectiva de gênero no campo da saúde mental, demonstrar que nos achados de pesquisas, não se olhasse apenas para as diferenças entre homens e mulheres para explicar desigualdades (HIRATA, 2014).

De acordo com Toledo apud Mattos (2011) no nível de estrutura social existe um reconhecimento de que gênero, classe e raça estruturam e legitimam, sob diversas maneiras, desigualdades sociais, mas além dessas categorias, também dão sustentabilidade à categoria

do corpo, que aparece como fundamento para entender as novas formas de estratificação na sociedade.

Toledo (2012) ressalta que mulheres brancas enfrentam desigualdades de gênero, enquanto que deslocamentos de desigualdades às mulheres negras representam problemas muito maiores por conta das diferenciações, ou seja, há uma junção de desigualdades: gênero, raça/etnia e classe social.

A história das mulheres acompanha a trajetória da organização social brasileira, desde seus pilares, atravessando e acompanhando (marginalmente) as políticas públicas sociais, setoriais e compensatório-reparadoras para estas populações. Entretanto são programas e ações que se tornam formas de tensionamento e possibilidades para que se garanta e amplie as relações com as esferas do poder estatal. (CALHEIROS; STADTLER, 2010, p.133).

Saúde mental e os desafios presentes na articulação com as categorias propostas, e, os rebatimentos individuais e coletivos presentes à complexidade do tema, há uma concordância com Patrícia Hill Collins (2014) citada por Hirata, pois os estudos sobre saúde mental e desigualdades sociais na interseccionalidade de gênero no atual contexto brasileiro, apresenta-se como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, e, portanto é um instrumento de luta política.

Considera-se assim, com embasamento de Collins, a interseccionalidade como um “projeto de conhecimento” e paralelamente uma arma política.

O que acontece ao sujeito e à estabilidade das categorias de gênero quando o regime epistemológico da presunção da heterossexualidade é desmascarado, [...]?

Mas como questionar um sistema epistemológico/ontológico? Qual a melhor maneira de problematizar as categorias de gênero que sustentam a hierarquia dos gêneros e a heterossexualidade compulsória? ((BUTLER, 1990, p.8)

Assim, faz-se como um fio condutor para assimilar com as práticas de cuidados, inclusive nas práticas sociais de saúde que são de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam em relação ao cuidado em todas as culturas do mundo.

Como estratégia para descaracterizar e dar novo significado às categorias corporais descrevo [...] numa teoria performativa de atos de gênero que rompem as categorias de corpo, sexo, gênero e sexualidade, ocasionando sua re-significação subversiva e sua proliferação além da estrutura binária. (BUTLER, 1990, p.11)

A categoria gênero compreendida como relações de poder refere-se aos estudos das

relações sociais e desiguais para mulheres e homens numa reflexividade à saúde mental, percebe a construção social de mulheres e homens como produtos da realidade social e dos papéis de gênero. Gênero configura;

Uma espécie de ação cultural/corporal que exige um novo vocabulário, o qual institui e faz com que proliferem participípios de vários tipos, categorias re*significáveis e expansíveis que resistem [...]. Mas como se tornaria culturalmente concebível um projeto dessa natureza, e como se poderia evitar o destino dos projetos utópicos, vãs e impossíveis? (BUTLER, 1990. p.164)

Para uma abordagem da dimensão de gênero na intersecção de saúde mental, é preciso que se analise releve sobre os ciclos de vida das mulheres, e a questão de predominância estatal dos corpos femininos. Ao trabalhar intelectualmente a arte de “categorias fundacionais de sexo, gênero e desejo como efeitos de uma formação específica de poder supõe uma forma de investigação crítica” (BUTLER, 1990, p.9) para a compreensão de serviços de atendimento na rede de saúde às mulheres como o público atendido e diagnosticado no campo de saúde mental, a partir de seu ciclo vital.

A definição da especificidade das mulheres no campo da saúde mental a partir de seu ciclo de vida [...] traz alguns enunciados importantes para compreendermos a ambivalência das políticas sociais contemporâneas, não apenas em relação às políticas públicas em saúde mental e saúde da mulher, mas em outros campos das políticas sociais, [...]. (MALUF; ANDRADE, 2017, p.173)

Para Escorsim (2014) há cerca de três décadas, nos debates a partir de eventos internacionais o direito e a promoção da saúde vêm sendo objeto de debates no cenário da Organização Mundial da Saúde, que referenda uma perspectiva da cidadania: “A Promoção da Saúde fundamenta-se neste direito e tem por base um conceito positivo e inclusivo da saúde, como um determinante da qualidade de vida, incluindo-se o bem-estar mental e espiritual” (CARTA DE BANGKOK, 2005, p. 1).

É nesse contexto que se salienta a compreensão de política de saúde mental como participação e política efetiva da amplitude de saúde. Cita-se que

A saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões. (BRASIL, 2013).

Um empenho de pesquisa social e acadêmica não é somente um retorno devido ao cenário das múltiplas áreas das ciências sociais e humanas, inclusive e principalmente aqui ao Serviço Social, mas também envolve apreender sobre o básico de processos de saúde mental-doença e seus diagnósticos e tratamentos de transtorno psiquiátrico pela rede pública de saúde, com a especificidade da saúde mental às mulheres.

Nas ciências sociais, questiona-se uma subordinada “naturalidade” às características femininas de emoções frágeis dadas às mulheres que passam a serem situadas na construção histórico-cultural e política. Tais diferenças são percebidas e estudadas como uma perspectiva de gênero construído socioeconomicamente.

Para analisar as relações de gênero na sociedade brasileira da contemporaneidade, e suas implicações advindas da consciência branca burguesa higienista, observa-se os fenômenos educacionais descritos e as intervenções disciplinares que são técnicas de tratamento até os dias de hoje, deve-se atentar aos estereótipos a partir de uma moralidade burguesa e branca e que atuam sobre o corpo, a alma e a mente feminina. As desigualdades de gênero podem ser melhor observadas aos problemas da vida social e inserção de mulheres, individualizadas e despolitizadas, pois são destituídas do problema estrutural e social.

A identificação crescente na população de mulheres atendida no campo da saúde mental se expressa na atenção básica e em outros espaços de atendimento em saúde pública e as novas governabilidades exercidas no setor de saúde mental que são desiguais e contraditórias (MALUF; ANDRADE, 2017, p.175).

Percebe-se que na sociedade brasileira os ideais de atendimento às mulheres que possam apresentar quadros de sofrimento e transtornos psíquicos são realizados no serviço de atenção básica de saúde, o que pode reafirmar à reflexão da importância da visibilidade do debate e estudos de gênero na esfera da saúde pública.

O apontamento da dimensão de gênero nas práticas sociais nos serviços públicos de saúde mental possibilita às práticas sociais investigativas do Serviço Social demonstrar e salientar que são mulheres de camadas populares e periféricas o alvo de dinâmicas de invisibilidade das desigualdades na vida cotidiana das mesmas, vigorando assim, “um modelo de perpetuação biomédico, hospitalocêntrico e medicalizante.” (LIMA; SICILIANI; DREHMER, 2012. P. 143).

Outrora, uma medicina para e nas cidades, situada no século XVIII, sob administração colonizadora europeia (portuguesa) cria uma elite comercial e junto com ela multiplicam-se degradação e desagregação de cunho familiar baseadas em intolerância e autocontrole de tirania para mulheres sobre si mesmas. O pensamento feminista de Judith Butler (1990)

indaga se mulheres deveriam entender-se e constituírem-se como seres naturais e naturalizados. Seria um "fato natural" ou uma performance cultural, ou seria a "naturalidade" constituída mediante atos performativos discursivamente compelidos, que produzem o corpo no menor das categorias de sexo e por meio delas?"(BUTLER, 1990, p.8).

A análise dá-se em saber que mulheres brancas são sujeitas históricas tuteladas pela família (sua primeira instituição de normalização), posterior e associativamente pela ordem médica e seus especialistas, assim, expandindo mecanismos de guardar corpos de mulheres, proles e 'raças puras'.

A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS. (BRASIL, 2009, p.348).

Tais serviços de saúde às mulheres podem não atender satisfatoriamente como serviços substitutivos dos modelos asilares de hospitais psiquiátricos, ainda que a lei seja o resultado de muitos debates no interior dos movimentos sociais de luta antimanicomial ligados aos processos de democratização da saúde e das questões que envolvem a compreensão de saúde mental.

Para Amarante (1995) a prática da medicina mental no Brasil até as primeiras décadas do século XX, precisamente até a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) diz respeito ao desdobramento de projeto denominado trajetória higienista que em países como no Brasil, institui a psiquiatria francesa, com as experiências socioterápicas, ou seja, um instrumento tecnocientífico de poder social para exercício de poder político e econômico.

Os serviços de atenção previstos no marco da legislação em saúde e materializados numa rede de atendimento e as reflexões sobre relações de poder presentes nas práticas e instituições podem seguir a lógica de Butler (1990) como linha de análise para compreender os estabelecimentos para gêneros. Considere-se a historicidade da naturalização e indisposição natural dada às mulheres ao serem 'mulheres-fardos' e representação de mistérios para e aos homens, ou ainda, estigmatizadas como as mulheres problemas.

Como defesa da incorporação de estudos da psicanálise às ciências sociais, o debate pela apreciação poética e filosófica de Ludovico Silva (2013) contribui com sua crítica a essa ideologia francesa. Ele logra como arma fundamental e oculta da dominação burguesa para mascarar o tempo livre das maiorias, nesse caso, as mulheres que produzem a ideologia do sexismo.

A contribuição ao diálogo sobre políticas públicas de saúde e processos de saúde mental-doença com refração às mulheres, o escritor trata de temas como imaginação e linguagem para construção de uma consciência prática.

Ludovico Silva (2013) adota que uma intelectualidade marxista precisa estar em oposição ao todo existente, inclusive contra a produção privada de ideias e a extração de energia psíquica que é significado de produção de ideologias durante o tempo livre de mulheres, já que em seu tempo livre ou de ócio estão sob domínio e monopolização de seu inconsciente. O poeta venezuelo apoiou-se na psicanálise para escrever sobre ideologias. Historicamente, a psicanálise desenvolveu um papel fundamental ao atestar as ditas loucas que se afastavam de modelos de mulheres maternais.

As elucidações de Judith Butler (1990) sobre a tarefa prática de mulheres que enfrentam a opressão ao tentarem criar a subjetividade por meio da fala depende de sua capacidade coletiva de descartar as reificações do sexo a elas impostas como seres parciais. A pensadora estadunidense, embasada na escritora Monique Wittig, explica que

Há estruturas historicamente contingentes, caracterizadas como heterossexuais e compulsórias, as quais distribuem aos homens os direitos da fala plena e autorizada, negando-os às mulheres. Mas essa assimetria socialmente constituída disfarça e viola uma antologia pré-social, de pessoas unificadas e iguais. (BUTLER, 1990, p.167).

Reforça-se por meio de saberes e linguagens, instrumentos de saberes que criam desigualdades de gênero, funções concretas que determinam e relacionam pensamentos e desejos. Assim, o “sexo” é um dos efeitos de realidade de um processo violento [na produção de subjetividade feminina como estrutura], dissimulado por esse mesmo efeito. Tudo que [parece vir à tona] no que tange mulheres e saúde trata de “sexo”, e assim ele é percebido como a totalidade do que existe, como não causado, mas somente porque a causa não pode ser vista em parte alguma.

Não há nada de abstrato no poder que têm as ciências e teorias para atuar real e materialmente sobre nossos corpos e espíritos, mesmo que o discurso que produz essa situação seja abstrato. Trata-se de uma das formas da dominação, de sua própria expressão, como dizia Marx. Eu diria, em vez disso, um de seus exercícios. Todos os oprimidos conhecem esse poder e são obrigados a lidar com ele. O poder da linguagem de atuar sobre os corpos é tanto causa da opressão sexual como caminho para ir além dela. (BUTLER, 1990.p. 169)

De modo correlato, Butler (1990) apoiada em Michel Foucault, ao discorrer sobre

corpos e significados, colabora na distinção entre corpos de mulheres e a ideia de amor feminino pela naturalidade e presunção sexual.

Uma vez que compreendamos que os significados com marca de gênero estruturam a hipótese e o raciocínio das pesquisas biomédicas que buscam estabelecer o “sexo” para [mulheres] como se fosse anterior aos significados culturais que adquire. A tarefa torna-se certamente ainda mais complicada quando entendemos que a linguagem da biologia participa de outras linguagens, reproduzindo essa sedimentação cultural [...]. (BUTLER, 1990, p.160)

Ao dialogar-se com J. Butler (1990) sobre as reflexões de categorias como saúde mental, gênero e assimetrias entre fenômenos, compreende-se sobre a categoria amor e as representações de mulheres significativamente que não concordam com tais categorias e naturalizam/estabilizam este campo dos corpos, pois representa o estranho, o incoerente, o que está “fora” da lei, portanto, fora do Estado. Esta cumplicidade de ideias busca compreensões sobre processos individuais, familiares e coletivos das mulheres que possam chegar até aos espaços de cuidados à saúde mental.

As dimensões e abordagens complexas de debates de gênero na área de saúde mental que especifica atendimento às mulheres e as desigualdades apontadas, merecem um tratamento adequado para que se aprofunde e investigue os lastros e correntes segundo Eduardo Vasconcelos (2002).

Consequente o autor aborda tópicos como Serviço Social e Subjetividade, alinhados ao que ele localiza de psiquiatria biológica produtora de criatividades geracionais durante o século XIX. O cientista critica a ausência de temas e fenômenos considerados frios às ciências sociais e humanas - com atenção a lacuna à intelectualidade produzida no Serviço Social. Demanda discussões gradativamente negadas na história e na atenção do campo de saúde mental e demais áreas específicas de atuação do Serviço Social.

Acredita-se ainda que seja importante avançar em estudos referentes às desigualdades de gênero no Serviço Social, como perspectiva de atendimento em serviços de saúde, especificamente saúde mental, haja vista a relevância da temática para [qualificadamente] a formação profissional das assistentes sociais, como apontam Zucco & Dias (2015)

A literatura (SILVA, 2010; VELOSO, 2001) tem apontado o descompasso existente entre o Serviço Social e as dificuldades de inserção da temática de gênero na formação profissional e sua importância para análise das relações sociais. Lisboa (2010), ao trabalhar sobre este assunto, problematiza a construção do conhecimento produzida pela profissão. Para a autora, ao longo da história houve mais desencontros do que encontros entre o Serviço

Os desafios políticos, teóricos e práticos no que concerne aos estudos de saúde mental e a relação interseccional com as demais categorias propostas, localizam no histórico do Serviço Social a intervenção em saúde mental, do fazer profissional. Com atenção aos desafios contemporâneos da profissão, “para correremos atrás do tempo perdido” sobre temáticas básicas e integrantes, Vasconcelos (2002) publica que

A subjetividade não é só um fenômeno individual, mobilizado apenas nas abordagens individualizadas, mas que atravessa todos os fenômenos coletivos e políticos, passando pelas questões de classe, de gênero, etnia, cultura, religião, sexualidade, inconsciente e questões ambientais etc. (VASCONCELOS, 2002, p.12)

As coexistências e considerações sobre a importância das experiências sociais e os novos campos visualizados na área de saúde mental, envolvem diversas áreas do saber historicamente institucionalizadas nas novas práticas de saúde às mulheres. Para Eduardo M. Vasconcelos (2002) a filosofia e a epistemologia são pressupostos para compreensão da natureza e das características gerais nos campos de conhecimento envolvendo sentidos básicos de natureza [dada] feminina.

Ao pensarem-se campos específicos de pensamentos como o campos de ciências sociais aplicadas, por exemplo, e os processos políticos, seus sujeitos sociais envolvidos, compõe as estruturas de políticas públicas e as desigualdades correlacionadas aos saberes sedimentados em organizações e instituições de práticas de cuidados às mulheres.

Para falar da diferença e tratar da transmutação que houve da relação de poder estatal econômico para capital simbólico [autoridade legítima], busca-se uma apreensão dos serviços de cuidados em saúde mental às mulheres como alvos “da dinâmica de psiquiatrização” (MALUF; ANDRADE, 2017, p.174).

Significar os serviços de atenção em saúde, com amplitude de análise ao campo de lutas, seja de debates urgentes sobre gênero, classe e raça/etnia, e os elementos fundamentais de bem-estar físico e psíquico como estratégia política em saúde mental para população usuária de mulheres, Bourdieu (2001) traduz que “em cada instante do tempo, seja qual for o campo de luta [...], os agentes e as instituições envolvidas no jogo são, ao mesmo tempo, contemporâneos e temporalmente discordantes.”

Para Toledo (2012) o uso e a articulação de categorias de diferenciação como gênero, classe, raça/etnia e corpo, possibilitam o entendimento acerca da importância dessas

categorias com relação aos serviços de saúde mental e ao mercado de trabalho voltado às mulheres. Tais categorias reafirmam as relações de poder presumidas para todas e para cada uma das categorias.

O gênero como abrangência no mercado de trabalho, trata das ascensões sociais e das associações de salário. A categoria gênero não envolve só as pretensões de cargos e salários, mas demarca para que mulheres produzam e reproduzam numa lógica de classificações simbólicas instituídas historicamente pelas formas de violência.

Para contribuir sobre saúde mental e a capacidade de organização e integração de recursos familiares, comunitários e das próprias usuárias dos serviços de atendimento em redes de saúde, Vasconcelos (2002) aborda que a aplicação da epidemiologia a serviços da saúde mental com incidência de doenças de aspectos biológicos, histórico-culturais, ambientais e demográficos subsidiam a necessidade e prioridade de tecnologias em saúde, desenvolvimento que se enraizou no Brasil.

Essa perspectiva demonstra que na sociedade brasileira, em comunidades periféricas é comum a estratégia de moradia fora das instituições de saúde mental, nas bordas da instituição asilar, por exemplo, em terrenos de ocupação. O que estabelece desafios mais complexos para os serviços de atenção psicossocial com relação às moradoras de tais comunidades: mulheres de famílias pobres e desempregadas.

Vasconcelos (2002) exemplifica com o governo getulista, o início em 1933 da Campanha Pró-Higiene Mental que era presidida pelo próprio Getúlio Vargas e senhora Vargas estava na Comissão Patrocinadora da Campanha. É relevante citar que desde os anos de 1920 a Liga de Higiene Mental contava com representantes no Congresso Nacional e que a tomada de poder por Getúlio Vargas fora saudada pela Liga como estratégia de hegemonia higienista.

Segundo Silvana Escorsim (2014) os caminhos contemporâneos a serem eleitos demandam construções coletivas de novas práticas na atenção em saúde básica e mental, baseadas no respeito à diversidade social e cuidados frente às diferenças de gênero, étnico-raciais e classe social.

Escorsim (2014) afirma que as leis respondem à histórica condição de opressão, subjugação e violência contra as mulheres como resultado de uma cultura conservadora fundamentada em padrões patriarcais que reafirmam as desigualdades de gênero e étnico-raciais naturalizadas diante da discriminação. São forjas socioculturais, nas quais a intolerância, o desrespeito e a impunidade asseguraram um lugar preservado – e domesticado - no contexto das relações intrafamiliares.

Traduz-se em reverter na atualidade através de uma aproximação e aprofundamento de estudos de gênero e étnico-raciais nas práticas sociais no campo de atenção à saúde mental, pois se trata de um fenômeno social invisibilizado desdobrado desde a complexidade da saúde pública, reproduzindo uma relação desigual de regras estabelecidas em sociedade, como vem sendo tratada até o momento.

Os fenômenos são humano-sociais de estudos das subjetividades que não encontram-se desassociados de outros fenômenos, como construções sócio históricas estão organicamente vinculados com as multifaces da questão social no escopo das relações econômico-sociais na sociedade capitalista brasileira contemporânea.

No apontamento das décadas de 1970 e 1980, com a influência da psiquiatria norte americana e da militância de profissionais da saúde, dentre outros fatores, iniciam-se mudanças no sistema público de saúde e de saúde mental. O que se pode focar nas especificidades contemporâneas com as novas referências teóricas com pretensão de universalidade (VASNCONCELOS, 2002, p.196), pois a fenomenologia centrada em poucas categorias contribui numa simplificação de pensamento. No Serviço Social, houve a consolidação do autodenominado Serviço Social Clínico como modelo de entrada e saída, com influências da psicologia social.

Nos anos de 1990, as novas possibilidades colocadas aos princípios paradigmáticos, teórico-políticos e o próprio processo histórico da reforma psiquiátrica e da democratização em saúde, confluem com o processo de reconceitualização da profissão no país, onde o Serviço Social engaja-se com o campo da saúde mental.

Para Vasconcelos (2002), as críticas ofertadas a corrente de pensamento fenomenológico não desmerecem sua importância como influência ideológico-política de refletir categorias para transformações econômicas e sociais, pois constitui-se como um movimento complexo, diferenciado e em várias direções.

Um bom exemplo desse tipo de apropriação crítica de elementos do pensamento fenomenológico em uma abordagem global mais ampla, de inspiração nitidamente marxista, está na própria obra de Franco Basaglia, que vem inspirando mudanças profundas na prática em saúde mental em vários países nos últimos trinta anos. (VASCONCELOS, 2002, p.197).

A contribuição de Pierre Bourdieu (2008) ao tratar sobre produção cultural serve como base de interpretação sobre a produção de conhecimento e campos da saúde e social como produtoras de conhecimento. Produzir conhecimento no campo da saúde mental sob uma análise sistemática é

O terreno por excelência do enfrentamento entre as frações dominantes da classe dominante – que combatem aí, as vezes, pessoalmente e, quase sempre, por intermédio do produtores orientados para a defesa de suas ideias e para satisfação de suas preferências – e as frações dominadas que estão totalmente envolvidas neste combate. Por meio deste conflito, consuma-se, em um único e mesmo campo, a integração dos diferentes subcampos socialmente especializados [...]. (BOURDIEU, 2008 p.70).

Para Sônia Maluf (2017) o contexto atual brasileiro das políticas de saúde pede, além de um mapeamento e análise das próprias políticas, das instituições e práticas institucionais, e de outros dispositivos previstos pela reforma psiquiátrica, bem como demanda novas formas de refletir a governabilidade das políticas públicas de saúde mental. Toledo apud Werneck (2001) aponta o adoecimento psíquico e físico das mulheres, em específico o racismo como fator desses adoecimentos.

Paulo Amarante (1995) chama de forma tímida de fazer reforma e políticas e de continuar fazendo práticas sob um paradigma psiquiátrico ainda por desconstruir, ainda que convenha não desvalorizar a trajetória sanitarista, apesar de seus desvios de rota. O autor atenta para que se considere a conjuntura em que se situa, além de observar os períodos de enfrentamentos seja com empresários da loucura organicista e institucionalizante, que no “regime militar foram utilizados para tortura e o ‘desaparecimento’ de presos políticos, marcando espaços concretos no interior das instituições”.

Assim, pretende-se descrever uma política de saúde mental preocupada com as mulheres que não seja reprodutora das diferenças e não se constitua em mais uma tecnologia do gênero. Prevê-se a necessidade de incorporar em seus fundamentos a desconstrução dessa diferença e o reconhecimento das experiências sociais e dos agenciamentos das mulheres usuárias ou potenciais usuárias dos serviços públicos, assim como seus entendimentos dessas experiências. (MALUF; ANDRADE, 2017, p.180).

No debate entre o campo de política de saúde mental e rede de atendimento às mulheres nos processos de saúde mental-doença, a concepção do Serviço Social como agente no/do Estado e nas/das políticas públicas de saúde elencada neste trabalho, por meio do trabalho de pesquisa e as dimensões e categorias interseccionadas se fez levando a relação com o Estado. A prática social contribui e está para além de instrumentalizar a aplicação das políticas públicas e de garantir respostas às mulheres usuárias dos serviços de atendimento psicossocial.

Para Bourdieu (2010)

Essa revolução no conhecimento não deixa de ter consequências na prática e, particularmente, na concepção das estratégias destinadas a transformar o estado atual da relação de forças material e simbólica [...], é um campo de ação imensa que se encontra aberto às lutas feministas, chamadas então a assumir um papel original, e bem-definido, no seio mesmo das lutas políticas contra todas as formas de dominação. (BOURDIEU, 2010, p.10-11)

Para Vasconcelos (2002) na tradição do serviço social brasileiro existem cenários recalçados e que furtam as complexidades que as profissionais atuam e produzem intelectualmente, seja na temática da saúde mental, sejam nas formulações mais convencionais abordadas. Trabalhar a interseccionalidade de gênero, raça/etnia e saúde pública do campo mental podem ser consideradas abordagens psicologizantes.

Ou, ainda, instrumentalidades de ajustamento anterior ao período de pré-reconceituação no histórico da categoria profissional justificam a ausência de contatos com cerca de 80 (oitenta) anos nos debates sobre assuntos amplos que atravessam a própria história e constituição da profissão.

Ao analisar-se

Em termos de profissões e campos aplicados de conhecimentos envolvidos, essa lista aumenta [psiquiatria, sociologia, campo da saúde pública, campo da ciência política] ainda mais, pois temos ainda profissões e área do saber que constituem “recombinações” de uma ou mais disciplinas. Este é o caso do próprio Serviço Social, mas a lista também inclui a Enfermagem, a terapia ocupacional, a educação física, a arte terapia, a fonoaudiologia, entre outras, há mais ou menos tempo das modernas equipes multiprofissionais de saúde mental e engajadas no cuidado direto [...]. (VASCONCELOS, 2002, p.45)

Exemplos importantes como especificar os conjuntos de valores culturais, imaginários, e identidades sociais específicas, preferências teóricas e práticas, estilos de vida, padrões de relacionamento com as mulheres usuárias de serviços de saúde, representam as barreiras e os desafios para referir o campo da saúde mental na perspectiva de entender as práticas sociais e profissionais da contemporaneidade.

Para Vasconcelos (2002), a problemática da saúde mental e os aspectos insuficientes trabalhados ainda constituem uma área relativamente pouco explorada pelo serviço social e, em geral, pelas ciências humanas e sociais no Brasil.

Portanto, indica-se a necessidade de aprofundar esse tema na pós-graduação, ampliando o campo de análise sobre saúde mental e interseccionalidade, pois os estudos

relativos à saúde mental respondem à consideração da relevância de construção de conhecimento a partir da inclinação com a categoria gênero para o campo do serviço social brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por compreensão e respostas éticas, teórico-metodológicas neste trabalho de conclusão de curso, considerando a conjuntura atual, se traduz em novos questionamentos ao campo da pesquisa em serviço social, saúde, saúde mental, relações sociais e desiguais de gênero nas políticas públicas, etc., ou seja, temáticas essas ainda frágeis à ciências humanas e sociais como viés de enfrentamento e propostas concretas nas políticas públicas de saúde e saúde mental, assim como, para outras políticas intersetoriais associadas.

Diante dos fenômenos humanos sociais, como, por exemplo, as expressões advindas do processo de saúde mental-doença na interface com gênero, tal pesquisa propõe com a amostra de dados e publicações científicas elencadas, assim como a matriz epistemológica que a embasou, demonstrar caminhos e particularidades histórico sociais no Brasil, no que se refere as demandas brasileiras em saúde mental às mulheres e as respectivas construções coletivas de práticas e formas de ação do Estado com a naturalização e dominação masculina dos princípios femininos, dos corpos de mulheres. Bourdieu (2010) fala de uma proeza, de uma lógica de exploração que se traduz em honra e expressão aberta de virilidade e integralidade de homens: o capital e suas versões são másculas.

A pesquisa trouxe o dispositivo do casamento como estratégia de mulheres ‘escaparem’ das precariedades sócio econômicas em que vivem, assim como uma possibilidade, aspiração de “salva-dor” (ZANELLO, 2015) moralmente construído, explicitamente ideias morais familiaristas dominadas pelos valores patriarcais, onde o divino pai monarca legitimado econômica e culturalmente exerce sua autoridade; são os dogmas que pressupõe uma inata inferioridade dada as mulheres, especificamente mulheres negras.

O recorte de questões étnico-raciais nos estudos sobre saúde mental e gênero são praticamente nulos, o que aponta para a necessária investigação crítica sobre quem e quais são as populações femininas chamadas protagonistas nesse debate, deliberação, construções, novas sociabilidades em defesa de vidas de mulheres autônomas frente as estruturas objetivas de dominação e predisposições submissas.

De forma tardia e distante, vê-se com os contemporâneos e atuais projetos políticos

abertamente conservadores a produção e reprodução de novas preocupações que repercutem na saúde mental da população, especificamente a população de mulheres, mulheres pobres, que sustentam os mecanismos e instituições como Família, Igreja, Escola e Estado.

Indagações baseadas em Bourdieu (2010) podem ser análogas aqui: Será possível neutralizar a população majoritariamente feminina a ponto de não libertar suas forças de transformação, principalmente no que tange as complexidades do campo de saúde mental e as doenças psíquicas, como o exemplo do sofrimento ser feminino, na sociedade contemporânea capitalista?

Se considerar-se com Butler (2003), a relação desigual de gênero para mulheres e homens e a estrutura que melancoliza mulheres e suas identidades, a tarefa aqui pode ser a de mostrar que as construções identitárias às mulheres realizam o que a autora chama de inscrição criptografia nos corpos, que determina e cria perdas nestes. A filósofa chama de efeitos compulsórios diferenciadores. Tais efeitos que na verdade, estão designados controversamente nas políticas e espaços sociais de atuação profissionais em campos de saúde, saúde mental, por meio de normas, instituições, práticas e discursos de origem essencialista, múltiplos e difusos; campo de maioria feminina usuária de serviços e profissional atuante.

São as dominações masculinas, estas que num processo histórico de des-historicização alçado até às mulheres de hoje, que exploram os corpos e força de mulheres, por meio dos mecanismos supracitados, com a permanência de estruturas simbólicas, significadas como desafios políticos e econômicos na sociedade. Isso reflete e aponta a necessidade de ampliar o campo de atenção à saúde mental na interseccionalidade de gênero, no que compete pesquisar as desigualdades sociais, e o papel das relações desiguais de gênero nesse contexto, ao contrário de como vem sendo tratada até o momento as questões sugeridas aqui epistemologicamente, inclusive nos campos das ciências humanas e sociais, e do próprio campo da saúde mental.

As categorias trabalhadas são fenômenos construídos sóciohistoricamente, assim, estão organicamente vinculadas com as múltiplas desigualdades sociais em saúde mental, no bojo das relações econômico-sociais do desenvolvimento capitalista contemporâneo. Os impactos dessas desigualdades sociais, particularmente as desigualdades sociais em gênero nas políticas de saúde mental – e a falta de ampliação das mesmas repercute na saúde física e mental de mulheres, com a especificidade de mulheres que são populações femininas de extratos populares.

Para Vasconcelos (2010), por outro lado, estes e outros tantos desafios constituem um

estímulo para que a renovação e aprofundamento da reforma psiquiátrica tornem-se propostas concretas às áreas de saúde. É preciso reafirmar que o capital simbólico legitimou e legitima a psiquiatria biomédica e centraliza ações estatais. As categorias e os temas trabalhados demandam futuros trabalhos científicos para os campos de pesquisa em áreas humanas e sociais, e o aprofundamento nos campos de saúde mental na interface com o Serviço Social na atual conjuntura, para que se possam identificar estratégias adequadas além das discussões internas categoriais.

Portanto, considera-se as instâncias, as forças políticas mais conservadoras já citadas, presentes nas políticas sociais e as necessárias respostas efetivas a construir-se para as necessidades da saúde mental e população feminina, gerando legitimidade de enfrentamento político frente as opressões imbricadas, como analisa Hirata (2014), com os estudos sobre interseccionalidade entre gênero, classe, raça/etnia, como vertentes pertinentes aos estudos e pesquisas em saúde física e mental das mulheres, pertencentes a comunidades populares.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 136 p.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 241 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 160 p.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 236 p. Tradução de: Renato Aguiar.

BATISTA, Luís Eduardo Batista; LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema (Orgs.). Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN). **Saúde da População Negra**. 2. ed. Brasília: De Petrus et Alíiii Editora Ltda. 2012. 372 p. (Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates).

BELLETINI, Francieli; GOMES, Karin Martins. Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do Programa de Saúde Mental no Município de Orleans - SC. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p.161-175, jan.-jun. 2013. Semestral. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1694/3192>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BENITES, Ana Priscila de Oliveira; BARBARINI, Neuzi. História de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p.16-24, abr. 2009. Quadrimestral. ABRAPSO. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 191 p. (Biblioteca de saúde e sociedade v. nº. 5). Tradução de Regina A. Machado.

BRASÍLIA. Alexandre Teixeira Trino. Secretaria de Atenção A Saúde (Org.). **Saúde Mental: Caderno de Atenção Básica**, nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

CALHEIROS, Felipe Peres; STADTLER, Hulda Helena Coraciara. Identidade Étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.133-139, jan.-jun. 2010. Semestral. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/16.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. 282 p. (Biblioteca de filosofia e história das ciências v. n° 5).

DUCATTI, Ivan. A eugenia no Brasil: uma pseudociência como suporte no "trato" da questão social. **Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, Brasília, n. 30, p.259-280, jul.-dez. 2015. Semestral. Disponível em: <<http://portaldepublicacoes.ufes.br/temporalis/article/view/10959/8397>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

ESCORSIM, Silvana Maria. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katálysis**, Florianópolis, p.235-241, jan.-jun. 2014. Semestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200235&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

ENSAIO ACADÊMICO: orientações para a realização da atividade. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2265968/mod_resource/content/1/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20o%20Ensaio%20Acad%C3%AAmico%20IEB.pdf Acesso em: 16 fev. 2018.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.61-73, jan.-jun.2014. Quadrimestral. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/84979/87743>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

LIMA, Franciane Gonçalves; SICILIANI, Camila Casimiro; DREHMER, Luciana Balestrin Redivo. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Revista Escs**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p.143-148, jan.-jun. 2012. Semestral. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a05_perfil_atual_saude_mental_atencao.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

LIMA, Isabel Maria Oliveira. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p.139-160, nov. 2011-fev. 2012. Quadrimestral. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-674898>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.451-467, set. 2008. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MALUF, Sonia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Muller de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 26, p.171-182, jan-mar. 2017.

Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100171&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MITJAVILA, Myriam Raquel; JESUS, Cristiane da Silva de. Globalização, modernidade e individualização social. **Katalysis**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p.69-79, jan.-jun. 2004.

Semestral. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6921/6383>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré de et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Revista Online de Pesquisa: CUIDADO É FUNDAMENTAL**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.71-78, jan-mar. 2017. Trimestral. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836309>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

RABELO, Ionara Vieira Moura; TAVARES, Rosana Carneiro. Homens-carrapatos e suas mulheres: relato de experiência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 78/80, n. 32, p.133-142, dez. 2008-fev.2009. Trimestral.

Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-514319>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.648-656, out-dez. 2012. Trimestral.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a17v36n95.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2018.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.1177-1182, 2009. Mensal. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-523948>>.

Acesso em: 17 nov. 2017.

SILVA, Ludovico. **A mais-valia ideológica**. Florianópolis: Insular, 2013. 208 p. (Biblioteca do pensamento crítico latino-americano).

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.1022-1034, Não é um mês valido! 2012. Trimestral. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-662821>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

TOLEDO, Angelita Alves de. **MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS E AS INTERSECCIONALIDADES ENTRE GÊNERO, CLASSE E RAÇA/ETNIA**.

Dissertação de Mestrado. PPGSS. UFSC. 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (Org.). **SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000. 328 p.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. 162 p.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 27, p.238-246, dezembro 2015. Mensal. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

ZUCCO, Luciana Patrícia; DIAS, Daiana Nardino. De mulher para mulher: o debate de gênero no serviço social. **Revista Feminismos**, Salvador, v. 3, n. 2/3, p.143-148, jun.-dez. 2015. Semestral. Disponível em: <<http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/311/182>>. Acesso em: 25 jan. 2017.