XV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO
"PSICOLOGIA SOCIAL E POLÍTICAS DE EXISTÊNCIA: FRONTEIRAS E CONFLITOS"

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira: algumas questões de gênero

Ana Paula Müller de Andrade
Doutoranda do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas
Universidade Federal de Santa Catarina
psicopaulla@yahoo.com.br

O campo da saúde mental e da reforma dos modos de cuidar em saúde mental, especificamente o processo da reforma psiquiátrica brasileira, tem se mostrado um terreno profícuo para a construção de entendimentos acerca dos processos que atravessam tanto a prática cotidiana da assistência e a militância política como a produção teórica necessária para a superação de práticas asilares, que tendem a reforçar o estigma e o preconceito para com a loucura e o louco- este último entendido, segundo PELBART(1990), como o personagem social produzido com o encargo simbólico de corporificar a loucura.

As reflexões trazidas no decorrer deste trabalho têm como objetivo discutir aspectos relacionados à questão do gênero, no âmbito da assistência, militância e política pública, no *movimento* da reforma psiquiátrica brasileira, iniciado na década de 70 a partir do questionamento dos saberes e práticas psiquiátricos e o espaço do hospital psiquiátrico como local de tratamento. Movimento, colocado em itálico no decorrer do texto, por tratar-se tanto do movimento social como por fazer parte do processo complexo da reforma psiquiátrica brasileira, com avanços e retrocessos, transformações e estagnações; que produz inúmeros sentidos e inquietações e que precisa ser inventado cotidianamente.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira teve seu início e foi desencadeado tendo como contexto o país em processo de democratização e, especificamente, um diálogo estreito com a experiência italiana, que já iniciara seu processo de reforma psiquiátrica, aprovara a Lei 180 e já fechara os hospitais psiquiátricos.

Iniciado por trabalhadores da saúde e sustentado, até os dias de hoje por diversos atores, tais como usuários dos serviços, familiares, trabalhadores da saúde e também de outros campos do conhecimento, tal processo ganhou força em um encontro na cidade de Bauru, em 1988, reunindo todos os envolvidos e que, com a criação do lema "Por uma sociedade sem manicômios", impulsionaram o movimento da reforma psiquiátrica no país e reforçaram a necessidade de transformações no campo da saúde mental.

Em 2001, após vários anos de tramitação no Congresso Nacional e de mobilizações da sociedade civil organizada, o país aprovou a Lei 10216 (BRASIL, 2004) que estabelece direitos para os portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência psiquiátrica no país, indicando a criação de uma rede de serviços comunitários que substitua o hospital psiquiátrico. Desde a aprovação da lei, muitos serviços de saúde mental, baseados nos pressupostos do modelo psicossocial de cuidado (CAPS, NAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, além da articulação com a Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família) vêm sendo implantados, de forma heterogênea, em todo o país. Abílio da Costa-Rosa (2000) propõe "a designação de dois modos básicos das práticas em saúde mental no modo tal como se apresentam no contexto atual: modo asilar e modo psicossocial" (p.142). Para tanto, traça um paralelo entre estes dois modos, no que diz respeito às concepções de paradigma, instituição, objeto e dos meios de trabalho, dentre outros e diz: "Por oposição ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, proponho designar modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica." (p.151)

A proposta de assistência nestes serviços prevê a formulação de um projeto terapêutico que contenha propostas capazes de superar a simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar, contribuindo para a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividades para os sujeitos. A construção destes espaços tem produzido novos sentidos e despertado inúmeras inquietações acerca dos avanços e retrocessos do *movimento* da reforma psiquiátrica, por se tratar de um

> processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas e de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental. (AMARANTE, 1996, p.14)

Ao propor uma transformação no âmbito das relações da sociedade com as questões da saúde mental, dentre as inúmeras questões que o *movimento* de reforma psiquiátrica no Brasil despertou na busca pela desinstitucionalização da loucura, podemos reconhecer, no mínimo, três pontos estabelecidos para que tal reforma pudesse avançar e alcançar seus objetivos.

Cabe ressaltar que a desinstitucionalização é entendida aqui tal como discutida por ROTELLI (2001), como "um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema". Além disso, ao tratar da solução institucional, este autor discute o objeto desta instituição e argumenta:

> Mas se o objeto ao invés de ser " a doença" torna-se "a existência – sofrimento dos pacientes" e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (2001, p.29-30)

Estes pontos serão apresentados aqui em separado, mas são completamente interligados. Um deles estaria situado no âmbito da extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, que pragmaticamente, deslocaria o hospital psiquiátrico do centro da rede de cuidados em saúde mental.

Outro ponto, em íntima relação com o anterior, trata da construção de uma rede de serviços que dêem conta do cuidado em liberdade, integral e de base territorial. Tais serviços deveriam ser referência para as pessoas, o mais próximos de suas residências, onde o trânsito na cidade fosse facilitado, para todos. Além da oferta de serviços abertos e de base territorial, tal ponto também colaboraria para a transformação da cultura manicomial.

O terceiro ponto, não menos importante, trata da superação da cultura manicomial através de práticas que possibilitem outros modos de subjetivação e convivência, experimentadas com a diferença e com a loucura, pressupondo a ressignificação dos conceitos do campo da saúde mental, tais como "doença", "sofrimento" e "saúde mental". Neste sentido, o processo de desinstitucionalização vai além da pura e simples desospitalização, mas pretende desinstitucionalizar o hospital psiquiátrico e todo o aparato teórico, subjetivo, ético, estético e físico que o mantém. Enfim, tudo o que ele representa.

Esse brevíssimo panorama sobre a situação das transformações no campo da saúde mental no Brasil aponta para os desafios enfrentados na transformação da assistência e nos diversos processos de implantação e manutenção destes serviços e outros dispositivos necessários a superação da cultura manicomial. Acredito que estes desafios estão relacionados tanto a características sócio-culturais, como maior ou menor abertura da população ao acolhimento à alteridade e adesão ao movimento, quanto aos

aspectos político-econômicos e ideológicos, que atravessam e marcam o mesmo. Além destes, características epistemológicas, éticas e estéticas têm influenciado o campo da saúde mental e travado embates importantes na consolidação de uma cultura antimanicomial, bem como de práticas de desinstitucionalização.

Em nossa sociedade, a cultura manicomial e as relações históricas de poder ainda parecem ser um entrave para as transformações no campo da assistência psiquiátrica. É possível perceber que tanto as mulheres que buscam atendimento para alívio de seus sofrimentos nos serviços de saúde bem como as demais pessoas se constituem subjetivamente a partir e através destas relações de poder e cultura manicomial, presentes no cotidiano da assistência em saúde mental. Em geral, após um diagnóstico psiquiátrico de depressão, por exemplo, parece se construir, a partir deste, um modo de perceber a experiência do sofrimento do sujeito, tanto por parte do profissional de saúde como da pessoa que sofre.

Neste sentido, no desenvolvimento da pesquisa Gênero, subjetividade e saúde mental, da qual este trabalho é um dos frutos, pudemos perceber o quanto o gênero tem estado presente no cenário da saúde mental e tem se constituído num outro regime de subjetivação, revelando uma importante interface: gênero e saúde mental. Percebemos também que, ainda que a categoria gênero não esteja presente nas políticas de saúde mental, nas diferentes esferas de governo, bem como no discurso dos trabalhadores e militantes e nos projetos terapêuticos dos serviços, sua presença no campo assistência se inscreve de forma significativa exigindo esforços para a compreensão desta interface, com a qual este trabalho pretende contribuir.

Algumas questões de gênero

Com base no exposto anteriormente e a partir dos dados da pesquisa, em suas diferentes dimensões, podemos perceber que tanto a saúde mental quanto o gênero vem se constituindo como um regime de subjetivação que se desdobra não apenas nas políticas públicas como também nos modos de cuidar e buscar cuidados nos serviços de saúde mental. Ser mulher e/ou sofrer afetivamente acabam definindo uma série de concepções bem como modos de sentir e pensar tanto pelas próprias mulheres como pelos profissionais de saúde quanto pelas pessoas que com elas convivem.

O gênero, conforme aponta ROHDEN (2001) e LAQUEUR (2001), tem estado presente nas concepções da medicina de forma significativa a partir do século XIX e o conjunto de concepções que advém desse saber tem instituído uma série de concepções ligadas, em especial, as questões reprodutivas e às assimetrias de gênero historicamente construídas. Tais concepções se inscrevem também no campo das representações quanto ao sofrimento psíquico entendido tanto no modelo dos nervos, como no modelo da saúde/doença mental e atravessam as concepções quanto a sua etiologia e terapêuticas. Tais modelos são discutidos em DUARTE, 1988, onde o autor mostra como o nervoso foi associado a mulher e a cabeça, ambos implicados numa relação entre uma avaliação "moral" e um estado "físico".

Em sua análise sobre a construção da ginecologia como uma ciência da diferença ROHDEN argumenta que é possível dizer "que as teorias da insanidade e das doenças dos nervos nas mulheres, baseada no predomínio da função reprodutiva, foi predominante no século XIX porque as mulheres também 'experimentavam' suas vidas reprodutivas como problemáticas". (2001, p.30)

É possível perceber que as *teorias da insanidade*, atualizadas nos dias de hoje, marcam o campo da saúde mental, seja na assistência, militância ou política pública, e se encontram permeadas por uma racionalidade biomédica e psicologizante. Nesse sentido, diante das mudanças produzidas pelo *movimento* da reforma psiquiátrica

brasileira, bem como pela disseminação de uma cultura psicanalítica, tal como apontado por FIGUEIRA (1988) ou então, como apontou MALUF (2006) de um possível deslocamento, entre as camadas populares urbanas brasileiras, em anos recentes, da configuração dos nervos para um modelo que combina psicologização e medicalização da subjetividade, percebe-se que há um alargamento do campo do que é considerado patológico, mais precisamente, sobre a experiência do sofrimento mental.

Um ícone deste processo pode ser reconhecido na intensificação do diagnóstico da depressão, a partir do modelo biomédico, em especial, entre as mulheres. Esta intensificação apontaria para uma contradição do que foi sugerido por Costa-Rosa (2000) quanto ao estreitamento da faixa do "tratável" (freqüência dos problemas em relação à população global) que se daria no modelo psicossocial. Tal contradição remete a uma limitação ou dificuldade enfrentada pelo *movimento* da reforma psiquiátrica na consolidação de um de seus pressupostos onde, ao invés de se atentar para a convivência com a diferença e/ou loucura, há uma atenção voltada, predominantemente, para o diagnóstico, a categorização, a ordenação e a classificação das experiências de vida.

O gênero tal como exemplificado neste processo tem marcado, assim, as concepções e teorias acerca do sofrimento/insanidade, bem como as políticas públicas, a militância e a prática assistencial, tal como apontou SILVEIRA: "Além disso, gênero tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico - fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligados." (2000, p.84)

Estas marcas, ainda que não estejam presentes explicitamente entre o rol de preocupações dos envolvidos no *movimento* da reforma psiquiátrica, são reconhecidas pela maioria destes. Quando se questiona sobre qual é o público que recorre aos serviços de saúde mental de alta, média ou baixa complexidade, seja entre gestoras/es e/ou trabalhadoras/es, a resposta é sempre a mesma: as mulheres. Tal fato faz pressupor que a pouca preocupação com uma particularidade tão marcante neste campo possa ser entendida como fruto de um entendimento de uma natureza feminina do sofrimento afetivo. Como foi apontado por ROHDEN, quanto a uma concepção de natureza feminina ligada a questões biológicas (o útero): "Daí derivaria a idéia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres." (2001, p.16) E, por isso, não se envidaria esforços para um entendimento maior disso.

Outros estudos, dentre eles MANZINI e BECKER, 2007, SILVEIRA (2000), têm apontado para o fato de que as práticas assistenciais apresentam uma significativa presença da dimensão do gênero, tanto pela busca de alívio do sofrimento pelas mulheres nas unidades de saúde quanto pelo relacionamento que as mesmas estabelecem com seus pares no seu cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade.

De toda maneira, falar da superação de práticas asilares em relação ao gênero é também falar da experiência de mulheres acometidas pelo sofrimento psíquico que por não terem sido asiladas em função de suas diferenças e/ou sofrimentos, podem produzir novos significados para sua experiência de sofrimento e que procuram atendimento nas unidades de saúde para alívio do mesmo, traçando itinerários terapêuticos diversos. Nestes itinerários, e mais especialmente nas unidades de saúde, é possível perceber que o gênero se produz por uma complexidade de fazeres onde os saberes e os poderes se inscrevem. Especialmente quanto às mulheres, esses são visivelmente marcados em seus corpos e subjetivamente experimentados, pela intensa medicalização de seus sofrimentos.

O sofrimento é entendido aqui não apenas como uma categoria nosográfica, mas como uma experiência subjetiva e elemento mediador das mulheres nas suas relações cotidianas. SILVEIRA (2000) em sua pesquisa sobre a questão dos *nervos* numa comunidade do Campeche demonstrou como a questão dos nervos é traduzida na sua dimensão relacional e sociocultural, no sentido de que se apresenta como um mediador das relações naquela comunidade. Entendo ser importante destacar que a questão relacional não diz respeito apenas à relação profissional – usuária, mas das demais relações travadas pelas pessoas nas suas experiências de vida social, familiar, profissional, dentre outras.

Um conjunto de dados apresentado no relatório da pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do país- CAPS Sul, coordenada por KANTORSKI (2007), demonstra o quanto as mulheres tem estado presentes no campo da saúde mental, seja como usuárias dos serviços de saúde, familiares ou como trabalhadoras e gestoras, revelando seu protagonismo nas transformações. Os dados demonstram que dos 30 coordenadores de CAPS da região sul do país, 28 são mulheres, dos trabalhadores nestes serviços, 78% são mulheres e dos familiares que freqüentam os mesmos, 71,7% são mulheres e revelam outra dimensão em que o gênero tem estado presente neste processo, de forma significativa, e que não parece inviabilizar ações e políticas que reforcem as diferenças e assimetrias. O fato das questões de gênero não comporem as discussões e preocupações no campo da saúde mental, diante dos dados apresentados nesta pesquisa, por exemplo, parecem indicar para a reprodução de uma cultura fortemente marcada pelas desigualdades de gênero.

No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, cumpre salientar que a ausência do gênero enquanto categoria importante neste processo não condiz com a presença significativa das mulheres nos espaços em que tal política é gestada e executada. Isto pode estar relacionado aos poucos esforços que tem se empenhado na compreensão desta interface, mas também ao fato de que ainda que exista uma proposta de superação do modelo manicomial, de alguma maneira, ainda se incorra na repetição de algumas características deste.

Assim, a interface gênero e saúde mental se evidencia na presença feminina no campo da assistência em saúde mental, como usuárias, familiares, trabalhadoras e gestoras dos serviços de saúde; na hipermedicalização da experiência feminina e sua articulação às assimetrias de gênero e, por fim, no modo de consideração da categoria gênero, tanto nas políticas públicas como nas formas de assistência e militância política. E o que se pode perceber é que, conforme sugeriu MALUF (2008), “se não existe uma política ou programas oficiais de gênero e saúde mental, na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentalização de mulheres usuárias do serviço público.”

Entendo que o gênero enquanto um regime de subjetivação tem exercido implicitamente uma grande influência nas formas de pensar e intervir no campo da saúde mental, tanto na assistência, na militância bem como nas políticas públicas de saúde mental e que o pouco reconhecimento de sua complexidade pesa sobre as mulheres que buscam, nos serviços de saúde mental, alívio para seus sofrimentos.

Algumas considerações finais

Considerando a complexidade que a interface gênero e saúde mental introduz tanto no campo da saúde mental como nos estudos de gênero, as considerações trazidas aqui traduzem esforços preliminares para pensar na mesma. Como um primeiro aspecto, particularmente importante nesta discussão, é a possibilidade de entendermos tanto o

gênero quanto a ‘saúde mental’ como construções sociais, historicamente implicadas na configuração dos saberes e fazeres e nos modos de subjetivação.

O gênero, tal como discutimos até aqui e a ser considerado como uma categoria importante no campo da saúde mental pressupõe o entendimento de que a questão do sofrimento psíquico ou “doença mental” está diretamente relacionada com aspectos sociais, culturais e de poder. Além disso, também é necessário ressaltar que tais sofrimentos advêm de relações assimétricas de gênero e de papéis sociais e identidades historicamente assumidas pelas mulheres. Ainda que a loucura tenha sido entendida historicamente sob diferentes aspectos, mas especialmente pela psiquiatria como uma doença mental e, por isso, incorporada pelo saber médico trata-se, sobretudo, de uma construção social, como argumentou Laqueur quanto ao sexo, Pelbart quanto a loucura e Silveira quanto as nervosas do Campeche.

Desta forma, a consideração do gênero enquanto uma categoria presente, de forma implícita e significativa, no *movimento* de reforma psiquiátrica no Brasil constitui-se em mais um desafio colocado ao mesmo.

Os aspectos discutidos no corpo deste trabalho fazem parte de um conjunto maior de saberes e fazeres que estão sempre por serem reformulados, transformados, para responderem as demandas que o *movimento* da reforma psiquiátrica possa gerar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BEZERRA, Benilton. A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. IN: PITTA. A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC, 2001.

BEZERRA, Benilton. O cuidado nos Caps: os novos desafios. IN: ALBUQUERQUE, P;LIBÉRIO, M.(Orgs).O Cuidado em Saúde Mental: Ética, Clínica e Política.Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental – 1990/2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 5ª Edição Ampliada.

COSTA- ROSA, Abílio da. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DELEUZE, Gilles. Conversações : 1972-1990**.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

FIGUEIRA, Sérvulo. Psicanalistas e Pacientes na Cultura Psicanalítica. IN: Efeito Psi: a Influência da Psicanálise. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. "O sujeito e o poder". IN: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. Michel Foucault, Uma Trajetória Filosófica: Para Além Do Estruturalismo E Da Hermenêutica. Rio de janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. 5ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. 5ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

KANTORSKI, Luciane Prado (coordenadora). CAPSUL- Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil:Relatório/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007.

LAQUEUR, Thomas. Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
MALUF, Sônia W. Mesa: A medicalização do sofrimento e a perda da tristeza. II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva. UFSC, Florianópolis, 2008.
MALUF, Sônia W. Gênero, subjetividades e saúde mental. Práticas e representações sobre "saúde mental" através de uma abordagem de gênero. Projeto de Pesquisa. UFSC, 2006.

MANZINI, Fernanda e BECKER, Marina. *A mulher e a "pílula da felicidade": uma abordagem sobre o uso de fluoxetina*. Trabalho de Conclusão de Estágio, orientado pela profª Eliana Diehl, Curso de Graduação em Farmácia- UFSC, 2007.

PELBART, Peter Pal. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org.). SaúdeLoucura 2. São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.
ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença*: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização, São Paulo: Hucitec, 2001*a*, 2ªed.
ROTELLI, Franco et al . Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". IN: ROTELLI et al. Desinstitucionalização, São Paulo: Hucitec, 2001*b*, 2ª Ed.
SILVEIRA, Maria Lucia da. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2000.