

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU)
FACULDADE DE MEDICINA (FAMED)
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

JULIANA FELÍCIO DA FONSECA

**TRISTE, LOUCA OU MÁ¹: A SAÚDE MENTAL DA MULHER PELA
PERSPECTIVA DE GÊNERO**

UBERLÂNDIA

2018

¹ Título da Música escrita e interpretada pelo quinteto Francisco, El Hombre.

JULIANA FELÍCIO DA FONSECA

**TRISTE, LOUCA OU MÁ: A SAÚDE MENTAL DA MULHER PELA
PERSPECTIVA DE GÊNERO**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde na área de Atenção em Saúde Mental apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED), como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira.

UBERLÂNDIA

2018

DEDICATÓRIA

Dedico à Alvarina Maria da Silva,
mais conhecida como Dona Lígia
- minha amada avó e coincidentemente
a mulher mais incrível que conheci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente às mulheres da família Felício, que há 25 anos me mostram e ensinam a delicadeza de se (re)inventarem, cada uma a sua época e história, com tamanha coragem. A Mariana e Taissara que superaram o laço consanguíneo e a distância, pois sempre serão as principais personagens das minhas melhores lembranças enquanto família.

As mulheres usuárias e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de Uberlândia que encontrei e que fizeram com que eu me (des)encontrasse ao longo dos dois anos de residência, pois sem esses "esbarrões" despretensiosos este trabalho não seria possível.

Às mulheres que pude escolher para caminhar lado a lado, compartilhando tantas afetações e conquistas como essa. A minha melhor amiga Debora por uma década de tanta partilha, amor, cumplicidade e compreensão. A minha menina mulher da pele preta Igara, que me ensina cotidianamente a enfrentar vários medos e dificuldades. A Aninha, tão sonhadora e sensível, que sempre alimentou minha alma com tanta alegria, determinação e inspiração.

Aos maravilhosos amigos que acompanharam essa caminhada – Thiago Costa, Pedro Arthur Vieira, Vitor Carvalho, Elyel Valentim, Thiago Damasceno, Andressa Cristina, Larissa Oliveira e Lara Máximo – com tamanha paciência e apoio, inclusive quando não pude estar presente.

Ao meu querido professor orientador Ricardo Wagner Machado da Silveira, um dos protagonistas na minha história e percurso na área de Saúde Mental, com quem tenho a oportunidade de aprender a cada encontro há mais de 7 anos.

RESUMO

O presente estudo trata-se de cartografia realizada a partir das afetações e questionamentos vividos pela autora ao longo de dois anos de atuação na área de Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU). Com o objetivo de investigar quais tem sido as formas de cuidado à saúde mental da mulher, foram utilizadas cenas extraídas do diário de campo mantido pela pesquisadora durante este período, em diálogo com o papel/relação de gênero atribuído à mulher, sua história dentro do campo da Saúde Mental e as políticas públicas existentes no contexto brasileiro direcionadas ao tema. Foram abordadas três delas, sendo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, o Plano Nacional de Políticas para as mulheres e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ao analisar tal material, tornou-se evidente que os serviços de saúde permanecem aprisionados nos papéis socialmente atribuídos ao gênero feminino, entendendo-o de modo universal e essencializado negando-lhe a sua própria singularidade. Tal enrijecimento tem impacto direto no acolhimento, acompanhamento e oferta de cuidados as mulheres, sendo constante a perda da autonomia das mesmas frente ao poder inquestionável atribuído ao conhecimento e condutas médicas e científicas. A atenção direcionada a saúde mental da mulher está reduzida ao diagnóstico psiquiátrico e tratamento de sintomas, conseqüentemente levando-as ao silenciamento e medicalização excessiva. Ao longo do texto foram narradas e sugeridas algumas intervenções de acordo com as circunstâncias vividas pela profissional, de modo mais pontual. Todavia, como as políticas públicas apontam, é fundamental a implantação de estratégias de cuidado integral em saúde que considerem a determinação de gênero no processo de adoecimento psicoemocional da mulher, capaz de considerar sua realidade e vivência e de qualificar os profissionais para que possam intervir positivamente no seu cotidiano. Por fim, o olhar historicamente atribuído em relação à saúde mental da mulher poderá ser superado quando o conhecimento em construção for capaz de assumir seu caráter ético-político e propor novos olhares e práticas junto das demandas atuais.

Palavras-chave: Mulher, Saúde Mental, Gênero, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The present study is a cartography based on the affectations and questionings lived by the author over two years of work in the Mental Health area by the Multiprofessional Health Residency of the Faculty of Medicine of the Federal University of Uberlândia (FAMED / UFU). With goal to investigate the ways women's mental health care has been done, were used scenes from the field journal maintained by her during this period, in dialogue with the gender's roles/relations attributed to the woman, her history in Mental Health area and the public policies in the brazilian context. Three of them were addressed, such as the National Policy on Combating Violence against Women, the National Policy Plan for Women and the National Policy for Integral Attention to Women's Health. In analyzing such material, it becomes clear that health services remain trapped in the roles socially attributed to the female gender, understanding it in a universal and essential way denying it its own singularity. Such stiffening has a direct impact on the reception, follow-up and care of women, and the loss of their autonomy is constant in the face of the unquestionable power attributed to medical and scientific knowledge and behavior. The attention directed to the mental health of the woman is reduced to the psychiatric diagnosis and treatment of symptoms, consequently leading them to silence and excessive medicalization. Throughout the text, some interventions were narrated and suggested according to the circumstances experienced by the professional, more punctually. However, as public policies point, it is fundamental to implement comprehensive health care strategies that consider the determination of gender in the process of psychoemotional illness of women, able to consider their reality and experience and to qualify professionals so that they can intervene positively in their daily lives. Finally, the historically attributed view of women's mental health can be overcome when the knowledge under construction will be capable of assuming its ethical-political character and proposing new looks and practices to the current demands.

Keywords: Women, Mental Health, Gender, Public Policy.

SUMÁRIO

1 ‘Conta a história que Eva inventou a maçã...’	8
2 ‘Então, isso é mulher, esse acontecimento...’	12
3 ‘Mero incidente corriqueiro ser mulher a vida inteira...’	14
4 ‘Me ensinaram que éramos insuficientes, discordei, pra ser ouvida, o grito tem que ser potente...’	25
Referências.....	30

1 ‘Conta a história que Eva inventou a maçã...’²

Ao longo de dois anos de um processo intenso e contínuo de educação em serviço vivido na Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Universidade Federal de Uberlândia e Faculdade de Medicina (FAMED) tive a oportunidade de me inserir em alguns dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial dessa mesma cidade, integrando suas equipes e rotinas de modo a conhecer seu funcionamento e poder atuar junto à oferta de cuidados.

Durante tal formação diversas temáticas despertaram-me interesse, atravessando-me enquanto sujeito e profissional de saúde simultaneamente, todavia uma angústia recorrente em cada serviço referia-se à saúde mental da mulher. Eu, me reconhecendo como mulher, diretamente implicada em várias críticas e lutas do movimento feminista, vinda de uma família majoritariamente composta por mulheres e filha de uma mulher em intenso sofrimento devido a uma depressão crônica e episódios psicóticos pontuais, inevitavelmente me impliquei com muitas vivências ao longo do curso de especialização.

Assim, me constituí como pesquisadora habitando o território da saúde mental da mulher pelo que vivi, pela práxis e pelo afeto, em minha própria experiência pessoal e história de vida e nos múltiplos encontros e cenas inesperadas e surpreendentes vivenciados enquanto psicóloga. Ao tentar sintetizar e resumir várias inquietações ensaio uma primeira suposição: a figura da mulher é tratada de um modo peculiar e concomitantemente comum dentro da Saúde Mental, tanto no que pauta ao diagnóstico e sintomas quanto em relação às propostas de tratamento.

Segundo essa premissa, partirei de alguns pontos que considere principais para compor uma compreensão específica do tema, os quais são: i) a definição aqui adotada de gênero e papel/relação de gênero atribuído à mulher, ii) a história da mulher dentro da Saúde Mental iii) e a existência de políticas públicas no cenário brasileiro atual voltadas especificamente para esse público-alvo. Tal separação em pontos presta-se a fins didáticos, mas estão interligadas e adquirem configurações complexas e imbricadas.

De acordo com a gramática da língua portuguesa, *gênero* refere-se a um conjunto de seres, fenômenos ou objetos que se relacionam através de uma ou mais semelhanças, diferenciando-se de outros agrupamentos. A partir do momento em que esse termo se insere na cultura ocidental, passa a configurar uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (Gates, como citado em Scott, 1995), explicitamente binária: homem ou mulher. O conceito

² Trecho da música *Elvira Pagã*, interpretada pela cantora, compositora, multi-instrumentista, atriz, escritora e ativista brasileira Rita Lee.

parte do sexo enquanto manifestação e designação orgânica, mas concede significado às relações de poder (Scott, 1995) e padrões comportamentais em relação a cada uma dessas categorias.

Esta concepção é contraposta por Scott (1995) que escapa de proposições meramente descritivas ou causais ao afirmar que a questão de gênero promove uma experiência de mundo e de realidade distintas para os dois sexos. Isso se dá primordialmente pelos papéis de gênero que constroem ideias sobre o comportamento, atitudes, funções sociais e econômicas e possibilidades e limites existenciais adequados aos homens e mulheres. Essa problematização tem relação ainda com a própria construção subjetiva dos indivíduos, a qual pode constituir movimentos de aceitação, adequação e/ou rupturas.

Assim, o gênero se configura enquanto constructo relacional que influencia todos os aspectos da vida, como o desenvolvimento e funcionamento físico e psicológico, a transmissão e assimilação de valores, o acesso e estímulo a determinados tipos de atividades, a aceitação e definição de padrões de comportamentos, as relações interpessoais, a participação política e a qualidade de vida das pessoas (Diniz, 1999). Tais normativas atravessam a estrutura e organização social, como a economia, a política, a família, os valores e a cultura e se expressam na religião, educação, ciência, política e saúde (Scott, 1995).

No campo da saúde as primeiras iniciativas nacionais de abordar o gênero '*mulher*' datam do início do século XX e referem-se basicamente às demandas relacionadas à gravidez e parto. Estas refletiam a própria definição de mulher socialmente aceita e estabelecida à época, reduzida à função de cuidado e maternagem, tanto dos filhos quanto de outros membros da família. Essa concepção modifica-se em 1994, com a realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em que as dimensões da sexualidade e reprodução humana passam a ser abordadas em uma perspectiva de direitos, para "*que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo*" (CIPD, como citado em Brasil, 2011b).

Conquanto tal modelo foi criticado pelos movimentos feministas, os quais defendiam a melhoria das condições de saúde da mulher em todas os ciclos de vida, o que por sua vez culminou na elaboração, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2011, p. 17).

O PAISM endossou a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2004 e atualizada em 2011. Nessa última revisão a PNAISM passou a considerar o gênero como um princípio fundamental à integralidade da saúde da mulher e capaz de nortear a promoção e prevenção em diversas linhas de cuidados a mesma, como atenção ginecológica e obstétrica, tratamento de mulheres com HIV/aids e doenças crônicas não transmissíveis, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência contra a mulher (Brasil, 2011b).

A partir desse movimento percebe-se uma ampliação do programa ao incluir, pela primeira vez, o tema da violência contra a mulher enquanto ameaça à saúde integral e consequentemente um possível causador de sofrimento/adoecimento. Além disso, considera que alguns indivíduos podem estar desamparados e desassistidos apesar do desenvolvimento de diversas políticas públicas, e assim se aproxima do cenário social e político para discutir a oferta de saúde a essa população. Essa abertura possibilita estender o olhar a outras direções, como a Saúde Mental.

O documento referente à Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher inclui o item ‘Saúde Mental e Gênero’ em sua subseção ‘Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil’, sendo o primeiro a se debruçar sob tal especificidade.

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (Brasil, 2011, p. 45).

Tal política converge com o próprio conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dado que o processo saúde-doença varia de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (Laurell, 1982) e momento histórico, o que inclui os atravessamentos desses fatores também em relação ao gênero. O

encontro entre as mulheres e a Saúde Mental foi fortemente marcado por concepções essencializadas, reducionistas e biologizantes: a natureza do gênero feminino era concebida como potencialmente patológica, propensa a perturbações e desordens. O discurso médico abordava “(...) *órgãos genitais, sexualidade feminina e doença mental e seus respectivos tratamentos, incidindo sobre temas como puberdade, menstruação, loucura, onanismo, ninfomania, neurastenia, prostituição, desejo, menopausa, histeria, casamento, amor (...)*” (Rodhen como citado em Rago, 2002, p. 513).

Sob a ótica do adoecimento mental, a mulher foi submetida à representação de ‘desviante’ de duas maneiras. Na primeira, carregava em seu corpo uma “rede de hormônios” que continham a culpa e o germe da loucura, pautando a intervenção psiquiátrica na contenção e manejo dos excessos ou falta do bom regulamento psíquico-hormonal. Na segunda, a mulher vista única e exclusivamente enquanto mãe, esposa e doméstica reforçava a norma: qualquer tentativa de rompimento com esse papel de gênero – através da voluptuosidade, transgressão à ordem moral, prática da prostituição, adultério, aborto, etc – representava uma ameaça, não apenas ao organismo feminino, como também à sociedade (Rago, 2002).

Tal posicionamento, ao “(...) *tratar a identidade de gênero de maneira a-histórica e atemporal tem como finalidade reafirmar o fixo, o eterno, o 'natural' dessa condição (...)*” (Vieira, 2002, p. 32) e reflete-se na oferta de cuidado, ainda centrada no sintoma e na doença, de modo que as necessidades sociais não são reconhecidas e não se expressam nos diagnósticos formulados. Trata-se de uma prevalência epidemiológica que aponta para os transtornos afetivos, dissociativos e alimentares entre as mulheres, sem, contudo, abordar a construção e imposição de determinados papéis do gênero feminino enquanto produtores de sofrimento e adoecimento.

Mesmo com o estabelecimento da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o balanço institucional das ações realizadas através da mesma no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola (2003), indica que as atuações foram centradas na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna – pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção. Essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da ampla agenda de saúde da mulher, incluindo a Saúde Mental.

Este relatório aponta ainda que:

(...) os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais, pois 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).

Carvalho e Dimenstein (2004) apontam que um modelo de atenção à saúde que ainda não é capaz de explorar novas possibilidades existenciais para as mulheres atua como dispositivo de normatização social, e também de disciplinarização das atitudes e docilização delas frente aos seus corpos, suas realidades e subjetividades (Foucault, 2009). Torna-se fundamental romper com esses ‘lugares comuns’ destinados à mulher no campo da Saúde mental, tendo como uma de suas estratégias de resistência os estudos e problematização em torno da questão de gênero na sociedade brasileira contemporânea.

Trata-se então de considerar os fatores históricos e sociais que engendram os transtornos mentais e, por sua vez, acarretam de maneira específica e contextualizada o sofrimento psíquico em mulheres. Tal proposta de conhecer e acessar parte dessa realidade pela perspectiva da diferença recusa codificações universais e reducionismos em relação às mulheres e evidencia sua dimensão micropolítica, dado que a representação atribuída ao gênero ganha recortes detalhistas a partir do contexto na qual as próprias relações de gênero se dão (Foucault, 2010).

Pautada nessa discussão, o objetivo deste trabalho consiste em investigar quais tem sido as formas de cuidado à saúde mental da mulher a partir de aproximações e diálogos entre minha atuação e vivências ao longo de dois anos de especialização, as políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde no contexto brasileiro atual direcionadas à Saúde Mental da Mulher e a questão de gênero. Essas três linhas compõem o coletivo de forças a ser aqui analisado e sob o qual pretendo traçar um plano comum possível, no intuito de problematizar e incitar a criação de outros saberes e práticas à saúde mental das mulheres.

2 ‘Então, isso é mulher, esse acontecimento...’³

³ Trecho da música *Insubmissa*, composta e interpretada pela compositora e cantora Máira Baldaia.

Para isso utilizo a cartografia, um método de pesquisa-intervenção inspirado nos pensamentos de Deleuze e Guattari que consiste no acompanhamento de processos e não na mera representação de objetos, em um trabalho de análise que a um só tempo é o de descrever, intervir e criar efeitos-subjetividade (Guattari, 2004). Para acessar e conhecer essa realidade a ser investigada é imprescindível mergulhar no plano da experiência, adentrando em um território existencial de modo a *"desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, em suas modulações e seu movimento permanente"* (Barros & Kastrup, 2015, p. 57).

Trata-se de uma investigação das metamorfoses do fenômeno pesquisado, não definidas a partir de um ponto de origem pré-definido e definitivo, mas como processos de diferenciação que podem adquirir uma nova interpretação que revela um redirecionamento do sentido e finalidades do fenômeno (Barros & Passos, 2000). Essa investigação-intervenção envolve a abertura e implicação do cartógrafo inserido em seu campo de observação, levando em consideração suas percepções, sensações e afetos e configurando um lugar de possível agente de mudanças (Rodrigues, como citado em Paulon, 2005).

É com base nessa perspectiva construtivista de conhecimento que a cartografia evita tanto o objetivismo quanto o subjetivismo, pois rompe com a neutralidade científica para desvelar e discutir o que há entre objeto e sujeito, pesquisa e pesquisador, ciência e prática. Tal trabalho é percebido como 'vivo em ato', pois não pode ser capturado pela lógica do saber tecnológico já estruturado, afirmando-se através da escolha do modo de fazer esta produção, a partir de tecnologias relacionais e encontros entre subjetividades (Merhy, 2002).

Nesse sentido, o desenvolvimento da pesquisa se dá como produção de conhecimento e de intervenção concomitante, por possibilitar aprendizagens e a experimentação de novas formas de se abordar o objeto de estudo, construindo modos mais criativos de um fazer científico. É nesse processo curioso e inventivo que tal metodologia permite reconectar os planos da Clínica e da Política, dado que toda pesquisa tem um caráter clínico-política e toda prática clínica é, concomitantemente, um re-fazer epistemológico (Passos, Kastrup, & Escócia, 2015).

A partir de tais proposições cartográficas, escolhi utilizar meu próprio diário de campo, uma prática que trago em minha atuação profissional desde a graduação, como instrumento para ilustrar minhas reflexões. Durante os dois anos da especialização registrei as

atividades realizadas, planos de trabalho, atendimentos, afetações e desdobramentos vivenciados, de modo descritivo, analítico e investigativo. Essas informações foram constantemente revisitadas durante meu trabalho em campo e para a confecção deste trabalho, de modo a construir e reconstruir meu conhecimento e atuação profissional.

Este diário, que chamarei também de "amigo silencioso", não pode ser subestimado quanto à sua importância, dado que contém leituras, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de técnicas mais objetivas e controladas, pois emergem no encontro com o campo. É também em uma perspectiva qualitativa que esses relatos são capazes de me permitir captar, descrever e ressignificar as experiências que vivi, mas que permaneciam até então num nível implícito, inconsciente e pré-refletido (Vermersch, 2000).

Em contágio e contaminação com essa primeira ferramenta, as políticas públicas serão abordadas no presente estudo como importante interlocutor com o diário pois configuram determinados princípios responsáveis pela organização entre a sociedade civil e a política vigente, mediando as relações do Estado com as demandas sociais. É a partir do surgimento e defesa de uma demanda específica que tais diretrizes são sistematizadas e formuladas em documentos que visam, de modo geral, ampliar e efetivar os direitos de cidadania, utilizando-se de parâmetros como debate público, democratização, transparência e distribuição e redistribuição de poder (Teixeira, 2002).

Ao abordar essas políticas é possível compreender de que modo a sociedade e o poder público brasileiros têm se atentado à questão da Saúde Mental da Mulher e concomitantemente têm utilizado de seu exercício político para propor e construir serviços e aparatos jurídicos que subsidiem determinadas propostas de cuidado e intervenção. É no imbricamento das dimensões macro e microssocial – esta última aqui representada pelo registro de minhas experiências no diário – que se abrem caminhos para entender a própria relação dialógica entre o contexto histórico-social e os processos de subjetivação nos encontros vividos no cotidiano das práticas de saúde.

3 ‘Mero incidente corriqueiro ser mulher a vida inteira...’⁴

Meu interesse em relação à Saúde Mental da Mulher tornou-se evidente e explícito para mim durante o período de quatro meses em que estive inserida e atuando em uma

⁴ Trecho da música *Bobagem*, composta e interpretada pela compositora e cantora Céu.

enfermaria de psiquiatria de um hospital geral, dado que nesta mesma época a maioria das pacientes internadas eram mulheres, com longo histórico psiquiátrico e internações recorrentes. Meu incômodo surgiu atrelado a uma primeira percepção de que seus tratamentos e cuidados eram permeados por ideias e posicionamentos normatizantes, reducionistas e patologizantes, os quais tornavam suas histórias de vida e seus modos de existir obsoletos e inúteis para elas mesmas, seus pares e o entorno institucional saúde.

Decidi então me aproximar mais delas e manter certa frequência nos atendimentos psicológicos individuais e familiares, no intuito de investigar possíveis configurações entre passado-presente, as quais escondiam-se por trás das cortinas da crise e dos seus respectivos sintomas. Assim encontrei mulheres que sofreram depressão pós-parto e elaboraram essa vivência através de delírios nos quais estavam grávidas; que sofreram múltiplas violências e reagiam de modo agressivo e intimidador a abordagens mais íntimas; que estavam em situação de rua e utilizavam-se das substâncias psicoativas enquanto estratégia de sobrevivência física e econômica.

Estes são apenas alguns exemplos que remontam a relação entre o adoecimento e a vida cotidiana dessas mulheres. Com isso não quero afirmar uma relação causal entre o suposto diagnóstico psiquiátrico e um fato isolado, mas apontar que, a partir do momento em que me propus a ouvi-las, seus relatos autobiográficos direcionavam-me a uma outra compreensão da crise ali posta. Essa mudança e conseqüentemente ampliação de perspectiva também me colocou em um outro lugar, mais crítico, analítico e atento aos detalhes do cotidiano do serviço e do modo como esses momentos de crise eram interpretados e abordados pelos profissionais.

Nesse sentido, recorro a cenas marcantes, as quais revelaram como a própria apropriação técnica de um conhecimento pode distorcer e limitar o acolhimento e escuta ofertados aos pacientes. Por exemplo, uma questão existente para a maioria dessas mulheres era o sentimento de desamparo, desamparo advindo da separação conjugal, da perda da guarda, direito de cuidar e/ou convívio com os filhos, da sensação e vivência de perda de autonomia ao ser inserida nos serviços de saúde, que várias vezes era nomeado pela equipe como "poliqueixa", "necessidade de chamar atenção" e/ou "manipulação".

O poder assegurado dos dispositivos de saúde sobre a subjetividade das pacientes foi exposto por uma delas durante a realização de uma Oficina de Teatro do Oprimido na

Enfermaria Psiquiátrica, proposta e executada por nosso grupo de residentes em parceria com uma psicóloga convidada, que tinha por objetivo justamente dar voz a elas para que pudessem contar e refletir sobre quaisquer situações de opressão que tivessem vivido e/ou ainda viviam. Durante a encenação de uma traição conjugal, essa porta-voz reclamou que seu marido, a família e o médico sempre decidiam qual era seu problema e como este deveria ser resolvido, alterando diagnósticos, medicações e possibilidades terapêuticas sem considerar o que ela mesma tinha a dizer e sua própria vontade.

Sua fala revelava o seu desejo de não estar internada naquele momento e a discordância com o fato de que tal decisão havia partido de outras pessoas, o que constantemente era motivo de embate e conflitos na relação com sua família. Diversas vezes ela parava a mim e a outros profissionais nos corredores da enfermaria psiquiátrica para reivindicar seu direito de escolha, sem interferência de terceiros, sendo ouvida com certo cansaço e impaciência por muitos de nós. A visão instituída que se tinha dessa paciente era de que se tratava de uma atuação histriônica, visto sua necessidade de 'ser o centro da atenção' e controlar os acontecimentos e relações ao seu redor, inclusive "no que não dizia respeito a ela e ao seu tratamento" (é o que dizia um dos profissionais e que fiz questão de anotar no meu diário).

Esse tipo de montagem que um serviço de saúde é capaz de imprimir às pessoas que atende também se evidenciou ao longo do elaboração e execução dos projetos terapêuticos, das gestões, discussões e supervisões de casos, e em vários outros dispositivos. Em diversos momentos senti dificuldade de dialogar com determinados profissionais justamente a partir dessa postura moral e higienista sustentada institucionalmente, em que descartavam queixas somáticas de mulheres que eram usuárias de drogas, deslegitimavam denúncias de possíveis abusos sexuais; e por outro lado, atentavam-se a questões como 'usa roupas chamativas e vários adereços', 'estava de batom vermelho e com aparência desagradável', conforme diziam alguns desses profissionais referindo-se a indicativos e/ou sintomas de algum transtorno.

Eis uma das incoerências mais nítidas: a vida sexual era interpretada e coibida com base em um reducionismo diagnóstico sem se atentar para aspectos básicos de prevenção e promoção de saúde. Tal angústia vivi num atendimento em que uma mulher, diagnosticada com retardo mental severo e esquizofrenia, afirmava não saber como, quando ou de quem engravidou, dado que não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos e nunca passou por consulta e/ou acompanhamento ginecológico. Constantemente, ela me procurava aflita e

temerosa, alegando que via vultos e ouvia vozes que diziam que entrariam em seu corpo para destruí-la e me perguntava se seu filho estava realmente vivo e em segurança. Penso que ela poderia se proteger de alguma forma se a equipe realizasse intervenções educativas e de boas práticas sexuais como as que se baseiam em sexo seguro e prazeroso e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Ao considerar que o disparador para minhas problematizações foi o período de trabalho nesta enfermaria de psiquiatria, comecei a me questionar se o tema da Saúde Mental da Mulher já havia se apresentado em outros serviços, o que me fez perceber que, desde o início da residência estive às voltas com esta questão, enfrentando grandes desafios haja visto que sempre estive mais próxima das mulheres. Em torno do terceiro mês da residência eu trabalhava em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico da cidade e a assistente social da equipe apresentou uma demanda atrelada à proposta de realizar uma visita domiciliar a uma família composta por uma mulher, seu marido e dois filhos.

No decorrer desta primeira e única visita à casa, o clima tenso evidenciava-se à medida que o esposo não permitia que a esposa respondesse às minhas perguntas, interrompia nos raros momentos em que ela conseguia tomar a fala e mantinha seu próprio discurso enumerando as situações em que ele foi responsável pelo cuidado e segurança de toda a família, em uma acusação explícita de que ela nunca reconhecia seu esforço, não o valorizava e sempre ansiava algo a mais. Até então não consigo elencar qualquer outra situação em que tive tanta dificuldade de mediar uma conversa entre duas pessoas como neste caso e percebendo minha própria limitação sugeri a ambos que conversássemos separadamente, dentro da unidade de saúde.

Contudo, ele nunca compareceu nos horários agendados, de modo que iniciei o acolhimento apenas com ela, o qual se desenvolveu para um acompanhamento psicológico com o intuito de ajudá-la a pensar e compreender o que esperava desse relacionamento e a partir disso, que pudesse assumir uma nova posição frente ao que desejava. Em um dos nossos encontros ela conseguiu falar explicitamente sobre várias ameaças de agressão e morte, abusos psicológicos e chantagens emocionais. situações em que ele a perseguia, vigiava, que a fizeram perceber o medo, a impotência e a insegurança que sentia, assumindo a decisão de se separar dele.

No dia seguinte a um desses importantes atendimentos, ao chegar no ponto de ônibus em que eu descia para ir até à unidade de saúde, percebi que o marido estava me seguindo de moto e capacete, na tentativa de que eu não o identificasse, o que aconteceu por vários dias. O medo e a insegurança que ela vivia chegaram até mim, levando-me a compartilhar a situação com os colegas de trabalho e meus supervisores. De modo geral, a ideia unânime era de que eu deveria interromper os atendimentos psicológicos oferecidos a ela enquanto estratégia para me proteger, o que não concordei em fazer. Com suporte e cuidado, fiz um rearranjo entre meus horários e meio de locomoção e assim estava sempre acompanhada ao chegar e sair do bairro.

Experiências semelhantes ocorreram em outros serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, Consultório na Rua e Centro de Convivência e Cultura de Saúde Mental, nos quais também atuei. As histórias de várias mulheres haviam sido profundamente marcadas por homens conhecidos e/ou desconhecidos, que as forçaram a ter relações sexuais com eles e/ou outros; que as abandonaram em momentos de crise financeira, gravidez ou conflitos familiares; que as agrediram, ameaçaram física e/ou psicologicamente; que por vezes as tomaram como moeda de troca nos contextos de rua, criminalidade, tráfico e/ou uso de substâncias psicoativas, entre outros.

Esse processo de dominação-exploração vivido pelas mulheres, submetidas à violência de uma sociedade patriarcal (Saffioti, 2004) tornou-se uma das realidades mais presentes ao longo da residência, intensificado principalmente no último semestre, período em que pude acompanhar e atender pacientes que davam entrada no Pronto Socorro Geral e no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital público da cidade de Uberlândia. As queixas principais no momento de admissão variavam desde fraturas em decorrência de acidentes, desenvolvimento e/ou agudização de doenças crônicas, quadros virais, intervenções ortopédicas, até consultas e acompanhamento de gravidez de alto risco, realização de histerectomia, óbito fetal, aborto, suspeita de câncer de colo de útero, etc.

Todavia, durante os atendimentos pude perceber que por trás da demanda explícita essas mulheres carregavam consigo segredos envoltos em sentimentos de culpa, vergonha, ressentimento, desesperança, revolta e raiva. Nesse contexto de internação, a vulnerabilidade imediata e primeiramente física acabava por desnudar a vulnerabilidade psicológica e emocional, revelando diversos relatos de abusos e violências. Recordo-me que meu primeiro atendimento no Pronto Socorro Geral foi o acolhimento de uma mulher que narrou, com

riqueza de detalhes, múltiplas violências causadas pelo seu ex-marido durante 16 anos de relacionamento.

Outro episódio bastante marcante foi o acolhimento de uma jovem de 24 anos, com pouco suporte familiar e social, que havia sofrido aborto espontâneo um mês após descobrir que estava grávida de um homem que a havia forçado a ter relações sexuais sem preservativo, sem seu consentimento. Em seu desabafo, seu sonho de ser mãe havia se transformado em crises de ansiedade, choro e isolamento social, em que ela escondia a gravidez e se sentia mal por não desejar o bebê, culpando-se por ter pensado na possibilidade de interromper a gestação por conta própria. Através desse acolhimento e escuta sensível a um assunto tão delicado, pela primeira vez ela pôde contar de assédios causados pelo padrasto durante sua adolescência, motivo pelo qual ela havia rompido com seus laços familiares.

Ao pensar nessas cenas vejo-as como um prelúdio para várias outras que vivi posteriormente, nas quais eu me senti furiosa, entristecida, enojada, indignada e impotente ao ouvir tais narrativas, o que me levou a indagar se esse processo de adoecimento em decorrência da violência contra a mulher era ao menos escutado e acolhido pelas equipes e dispositivos da rede de saúde mental. A partir desse atravessamento tão arrebatador, tomei a iniciativa de realizar um processo de investigação e estudo de políticas públicas brasileiras voltadas especificamente à saúde mental da mulher e que considerassem a questão do gênero em suas propostas.

Aqui abordarei três principais políticas, dada a relação das mesmas com minha prática: a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, o Plano Nacional de Políticas para as mulheres e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, todas coordenadas pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM). Esta última foi criada em 2003 e tem como objetivo promover a igualdade entre homens e mulheres e combater o preconceito e discriminação advindos de uma sociedade patriarcal, promovendo a inclusão da mulher no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do país (Brasil, 2013).

Meu primeiro contato se deu com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres devido à intensa vivência com as pacientes acompanhadas no Pronto Socorro. Essa visa promover a prevenção e o combate à violência contra as mulheres, o atendimento à mulher em situação de violência e a garantia dos seus direitos, em consonância

com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e com as diretrizes do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Para isso propõe e defende a criação de normas e padrões de atendimento, o aperfeiçoamento da legislação, o incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (Brasil, 2011a).

Com base em tal legislação é possível refletir sobre duas questões centrais: o conceito de violência contra a mulher e o reconhecimento de seu impacto. De acordo com o artigo primeiro do Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Convenção de Belém do Pará, 1994, artigo 1), tornando-se uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos – à vida, à saúde e à integridade física. Em suas variadas formas – psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, etc. – ela atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo orientações sexuais.

É de suma importância ressaltar que o fenômeno da violência contra a mulher é entendido pela dimensão do gênero e nos níveis relacional e social dado que a política aborda de modo explícito e direto a influência da construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s) e as relações entre homens e mulheres na sociedade contemporânea atual. Além disso, a proposta de enfrentamento à mesma baseia-se numa atuação conjunta que envolve diversos atores em uma perspectiva intersetorial e multidimensional, como a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros (Brasil, 2011a).

Na cidade de Uberlândia essa rede de serviços de atendimento à violência contra a mulher é composta pela Defensoria Pública, pelo Núcleo de Apoio à Mulher (NAM) e pela Delegacia Especializada de atendimento à mulher, além do apoio do SOS Mulher e Família e dos serviços de saúde. Em todos os casos que acompanhei, a maior parte da demanda só chegava até essa rede quando a mulher dava entrada em alguma unidade de saúde necessitando de cuidados clínicos imediatos. Ou seja, nenhuma dessas mulheres teve qualquer acolhimento e/ou acompanhamento especializado, sendo devidamente orientada, esclarecida e encaminhada a tais dispositivos a partir desse momento.

A segunda política que conheci é o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), mais abrangente que a política anterior e direcionado a mudanças culturais, legislativas e institucionais capazes de promover a construção de valores e atitudes democráticas pautados na perspectiva de gênero, com objetivo de consolidar os direitos humanos das mulheres em todas suas dimensões, através da transversalidade. Ele parte do pressuposto de que ser mulher está historicamente associado à desigualdade social – devido à classe, raça, cor, orientação sexual, presença de deficiências, de transtornos mentais, falta de acesso a serviços de educação e saúde, aos bens de consumo, exposição a múltiplas violências, inserção precária no mercado de trabalho, etc. (Brasil, 2013).

O Plano incide sobre temas como a autonomia e protagonismo econômicos; a sobrecarga do trabalho doméstico; os direitos sexuais e reprodutivos; a atenção integral à saúde; as situações de vulnerabilidade; a participação e inserção no esporte, lazer, trabalho e política; a prevenção a toda e qualquer forma de violência, abuso e/ou exploração, em todas as fases do ciclo de vida da mulher. Ao compreender essa multiplicidade de aspectos, suas metas, linhas e planos de ação abarcam a realidade das mulheres negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, do campo e da floresta e com deficiência (Brasil, 2013).

Ao se debruçar sob esse caleidoscópio do que significa ‘ser mulher’ na sociedade brasileira atual, o PNPM também discute a Saúde Mental da Mulher, de modo mais focado e explícito do que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Ele propõe a implantação de estratégias de cuidado integral em saúde que considerem a determinação de gênero no sofrimento e nos transtornos mentais apresentados pelas mulheres na rede de atenção psicossocial – desde a atenção básica até a atenção terciária representada pelos leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais – sejam elas usuárias de substâncias psicoativas, em situação de rua e/ou em situação de violência.

Tanto que, tal proposta se apresentou de modo prematuro na minha experiência como residente. Durante minha passagem pelos Centros de Atenção Psicossocial, principalmente nos momentos de gestão de caso e discussão do projeto terapêutico singular, eu conseguia perceber a preocupação da equipe em refletir e discutir de que modo o sofrimento da mulher, sua dinâmica familiar, social e questões subjetivas eram afetadas pelo fato de serem mulheres e no contexto específico em que viviam. Recordo-me de diversas tentativas de construir estratégias de proteção, acompanhamento e cuidado de jovens sem vínculo familiar, que

utilizavam a atividade de prostituição como fonte de renda; meninas abrigadas, ou em conflito com a lei, interditas por medida judicial; em situação de rua e de vulnerabilidade social; etc.

Esses ensaios, de um modo geral, eram frustrados por dificuldades de comunicação e atuação da equipe junto de outros setores e serviços, o que infelizmente se refletia na própria relação e diálogo entre as pacientes e a equipe, os quais, por vezes, se mostravam distantes, esporádicos e estagnados. Esses sentimentos chegaram até mesmo a serem denunciados em alguns momentos de conflito dentro da rotina de um CAPS Infantil, por exemplo, quando uma adolescente em situação de abandono familiar e vítima de constantes violências sexuais interrompeu uma das reuniões da equipe e chorando, gritava que ninguém queria ajudá-la, que jamais qualquer um daqueles profissionais conseguiria mudar sua vida.

Recordo-me do desafio vivido pelas mulheres em situação de rua, que, para assegurarem sua sobrevivência, física e econômica, precisavam de um parceiro fixo ou pelo menos um relacionamento de referência no território em que circulavam. Várias optavam por viver relações breves e até mesmo violentas e abusivas, as quais não se baseavam necessariamente no afeto, chegando a trocar constantemente de parceiro, pois, caso contrário, poderiam ser violentadas por outros homens. Realidade esta que de certo modo não conseguia ser abordada e apenas atravessava os serviços especializados no atendimento a essa população, por vezes limitados a ações de contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e/ou infecciosas.

Essa dificuldade e precariedade em abordar a questão de gênero no campo da saúde mental da mulher não se restringia apenas aos serviços extra-hospitalares, mas também adquiriram configurações peculiares nos leitos psiquiátricos do hospital geral. As mulheres que acompanhei durante os momentos de crise e consequente internação psiquiátrica, por vezes eram incompreendidas em sua sintomatologia e manifestações de adoecimento, os quais eram tratados de modo isolado e não em uma compreensão integral e contextualizada da sua história de vida.

Recordo-me de uma mulher de 32 anos, natural de uma cidade do interior do Nordeste que veio para Uberlândia sozinha, grávida, em busca de melhores condições de vida e aguardava seu companheiro, o qual estava cumprindo uma pena judicial em decorrência de ato infracional. Assim que a criança nasceu foi diagnosticada uma má formação congênita e iniciaram-se vários cuidados intensivos, como ventilação mecânica e alimentação intravenosa.

Desde que esse bebê nasceu, essa mãe nunca havia deixado o hospital, permanecendo como sua acompanhante e cuidadora todos os dias da semana, em período integral.

Em um dado momento a enfermagem de psiquiatria foi acionada pela equipe da pediatria pois essa mulher apresentava distúrbios do sono, sintomas depressivos e ideação suicida com planejamento bem elaborado, o que demandou uma avaliação desses riscos e consequentemente desencadeou sua internação. Ela não concordava em ser hospitalizada e relatava medo dos outros pacientes e de ser maltratada, o que foi visto pela maioria da equipe com certa desaprovação, sendo que ouvi alguns profissionais dizendo que ela poderia ser ‘solta já que ela acha que aqui é uma prisão’.

Durante os 10 dias em que ficou internada, seus pedidos para visitar a filha na pediatria também eram tratados com certa impaciência por alguns colegas do setor, os quais revelavam seu julgamento de que ela não era capaz, naquele momento, de exercer qualquer tipo de função materna. Nesses momentos precisei intervir junto a equipe para esclarecer que a ansiedade, preocupação excessiva e frustração apresentadas pela paciente estavam diretamente relacionadas a sua vontade de ver e ter notícias da criança e com essa assertiva evitar inclusive que a paciente fosse medicada sem necessidade. Nesse tensionamento, a própria paciente chegou a me dizer que se sentia culpada por seu pedido, como se estivesse incomodando e atrapalhando o cotidiano de trabalho da equipe.

Tais contraposições, de concepções, condutas, posicionamentos e experiências, tão evidentes no meu trabalho e tão enraizadas, fizeram-me questionar de que modo a concepção de saúde vigente tem se atentado às necessidades apresentadas pelas mulheres, o que também me levou a conhecer o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Criado em 1984 pelo Ministério da Saúde, o programa pautava-se primeiramente em ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação direcionadas à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama; e em 2003 passou a contemplar outras questões de saúde, emergentes e até então descobertas (Brasil, 2011b).

Nessa reconfiguração o documento de 2011 do PAISM aborda a importância de implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, ao reconhecer que elas "*(...) sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem*" (Brasil, 2011b, p. 44). Elas

ganham menos e estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência, vivem dupla e tripla jornada de trabalho, a qual ainda é dividida com as obrigações domésticas e para com a família (Brasil, 2011b).

Frente a tais facilitadores de um processo de adoecimento psicoemocional da mulher, o PAISM propõe que esse modelo de atenção à saúde mental da mulher pautado nas questões de gênero seja capaz de qualificar as equipes dos serviços para que possam intervir positivamente na realidade e cotidiano dessas mulheres, para além de apurações quantitativas direcionadas a dados epidemiológicos. Isso porque, ao longo do meu estudo sobre as políticas de saúde e saúde mental preocupadas com realidade da mulher brasileira, percebi que a maioria dos trabalhos até então produzidos atentam-se apenas ao crescimento do número de internações de mulheres, o qual está atribuído aos transtornos de humor (Andrade, Viana e Silveira, 2006).

Apesar da implantação das políticas aqui abordadas, o que se percebe é uma atenção voltada unicamente à doença, incapaz de levar em consideração o processo de adoecimento da mulher com base em sua realidade e vivências. Trata-se da incapacidade do meio acadêmico, dos serviços de saúde e outros em abordar adequadamente a saúde mental da mulher, tomando-a apenas como objeto de estudo ou dado epidemiológico, enquadrada e reduzida a um diagnóstico psiquiátrico. Este último, por sua vez, determina as reduzidas possibilidades de tratamento, cuidado e acompanhamento de cada mulher, funcionando como imposição inquestionável, de modo pontual, restrito e parco.

Enquanto o foco do trabalho dos profissionais e serviços da rede de atenção à mulher e à sua saúde for o tamponamento e tratamento de determinados sintomas, tomados como prejudiciais à vida ativa e produtiva do sujeito, estas mulheres continuarão sendo medicadas e silenciadas, em uma empreitada que tem como objetivo final readequá-las aos papéis que lhe são cobrados (Carvalho e Dimenstein, 2004). Aqui o que importa é que a mulher continue trabalhando, cuidando de seus filhos e família, satisfazendo sua relação conjugal, dentro dos limites socialmente criados para o que significa 'ser mulher', pois qualquer desvio, excesso, desobediência a esse enquadre, voltará a ser sufocado.

4 ‘Me ensinaram que éramos insuficientes, discordei, pra ser ouvida, o grito tem que ser potente...’⁵

No momento em que tomei consciência do meu próprio desejo em iniciar este estudo, tentei escolher alguns encontros capazes de representar minhas reflexões, angústias e questionamentos sobre o tema. De início, algumas cenas pareciam apontar para conflitos explícitos entre a figura do homem, com sua superioridade assegurada por uma sociedade machista e patriarcal, e a figura da mulher, submissa, passiva e inferiorizada. Contudo, exceto nas circunstâncias de ameaça e violência, o determinante no processo de adoecimento dessas mulheres não era a presença física da figura masculina, mas a própria representação atribuída ao gênero feminino e a violência simbólica a qual ele se encontra submetido (Bourdieu, 2010).

Na tentativa de ser mais clara quanto a tal questão, retomarei exemplo, um atendimento realizado no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia. Uma mulher de 34 anos, grávida de pouco mais de 15 semanas, havia sofrido aborto retido (sem a eliminação dos restos ovulares), apresentando dores em baixo ventre e sangramento vaginal. A equipe ficou incomodada com sua aparente apatia frente a tal perda, dado que a mesma não apresentava as respostas comumente esperadas de tristeza, choro, labilidade emocional, ansiedade, e por isso solicitaram uma escuta e acolhimento de minha parte.

Já no nosso primeiro contato, ela me relatou que nunca desejou ser mãe e que havia construído grande parte de sua vida em torno de uma carreira profissional e de uma independência econômica satisfatórias. Era casada há mais de 10 anos e seu companheiro sempre a pressionou para que tivessem um filho, ao que ela nunca cedeu, desencadeando um conflito constante e desgastante no casal. Este foi um dos motivos que a fez optar pelo divórcio, mesmo momento este em que ela descobre que estava grávida, apesar de fazer uso regular de anticoncepcional via oral e preservativo em todas as relações sexuais.

Sua fala era repleta de ambiguidades e conflitos internos, os quais eram reforçados pelo que ela mesma tinha consciência de que lhe era cobrado, enquanto mulher, esposa e mãe. O pai da criança havia concordado com a separação de modo amigável e tranquilo, mas tentava despertar nela a mesma alegria e realização que ele sentia com a gravidez. Todavia,

⁵ Trecho da música *100% Feminista*, composta pela cantora e compositora de funk MC Carol e interpretada por esta em parceria com Karol Conka, também rapper cantora e compositora brasileira.

ela entendia a gestação como um aprisionamento a ele e a uma realidade existencial que ela sempre rejeitou e evitou. O amor incondicional a um filho, tão naturalizado socialmente, só seria possível se esse bebê tivesse um sentido positivo em sua vida.

Assim, quando a equipe a comunicou sobre o aborto, sentiu-se aliviada. Uma notícia que a maioria das mulheres recebe com sentimento de culpa, incompletude, não merecimento, ideias de punição, questionamentos, raiva e tristeza, para ela, significava a solução de um problema. Não havia pelo que chorar e se queixar, mesmo com as dores e as condições clínicas necessárias de cuidado, porque ela não havia perdido algo. Pelo contrário, a ausência do bebê era como ganhar sua vida, autonomia e auto-estima de volta, além da possibilidade de negar, ao seu modo, esses lugares patriarcais de esposa e mãe, aos quais ela já havia abdicado por decisão própria.

A situação demandou que eu intervisse junto da equipe, primeiramente no intuito de tranquilizá-la quanto à preocupação com possíveis quadros psicopatológicos, o que chegou a ser mencionado por vários profissionais quando a paciente deu entrada no setor. Através do nosso diálogo, aberto, reflexivo e respeitoso, alguns deles verbalizaram que tal ocorrido despertou um outro olhar sob a experiência da maternagem. Acredito que essa seja uma das possibilidades da atuação do psicólogo junto aos colegas de trabalho, de modo a apontar o modo e quanto um serviço pode estar aprisionado à lógica dos papéis de gênero e as implicações práticas no cuidado com o paciente.

Já em uma perspectiva mais ampliada em relação à incorporação do debate sobre gênero no cuidado em saúde, é preciso que os dispositivos reconheçam e compreendam que desenhos o significado atribuído a 'ser mulher' interfere direta e constantemente na singularidade, subjetividade, relações interpessoais e realidade de cada uma delas. E não gostaria de reduzir tal gênero ao sexo biológico, órgãos reprodutores ou orientação sexual dado que também tive encontros com as mulheres lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, ainda mais desassistidas pelas políticas públicas e serviços brasileiros (Butler, 2003). O preconceito e exclusão social vividos por essas mulheres transformam-se cotidianamente em uma série de violências, institucionais e aos seus direitos básicos, impedindo-as ou reduzindo seu acesso à saúde.

Tais encontros me fizeram questionar: quantas são as mulheres transexuais, travestis, lésbicas, bissexuais, que chegam até os serviços de saúde? Desde a atenção básica até os

serviços de atenção terciária? Elas conseguem desfrutar de seu direito à saúde, tratadas com dignidade e respeito independentemente de seu órgão reprodutor ou orientação sexual? Acredito que não, apesar da implementação e vigência da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais desde 2013. No contexto da rua e dos CAPS também tive outras vivências, as quais hoje, apontam para essa mesma resposta. Essas mulheres ainda são invisíveis para a saúde pública brasileira, ou, quando são vistas, são tratadas como uma pintura não natural, daquilo que não se quer ver.

Recordo-me, por exemplo, de uma jovem transexual de 17 anos de idade recebida na Enfermaria de Psiquiatria após uma série de tentativas de autoextermínio, fazendo uso abusivo de substâncias psicoativas e com um diagnóstico prévio de depressão. Fora criada pela avó materna e violentada física e sexualmente pelo pai no início da adolescência, chegando a denunciá-lo e sofrendo rejeições familiares. O Conselho Tutelar conseguiu abrigá-la em uma instituição para crianças e adolescentes, dividindo um quarto e a rotina com outros meninos e onde não eram reconhecidos seu nome social e seu desejo de iniciar um tratamento hormonal.

A mesma havia iniciado o uso de comprimidos anticoncepcionais femininos comprando-os na farmácia, por conta própria e sem qualquer tipo de acompanhamento médico. Alegava que só passou por consultas médicas durante a infância, por queixas comuns, e quando foi abusada pelo pai. Permanecia integralmente no abrigo pois havia abandonado sua vida escolar, também em decorrência das violências já vivenciadas nesse ambiente por se reconhecer como mulher. Apesar de sua fragilidade emocional frente a vivências tão desumanas, sua internação significou o início, mesmo que tardio, de um processo de acompanhamento, médico, psicológico e social, o qual começou a ser articulado por nós em parceria com outros serviços e setores.

Tais conclusões denunciam a incapacidade de aplicação das políticas públicas, não apenas as que aqui mencionei, mas de várias propostas direcionadas a uma atuação mais humanizada, contextualizada, política e transformadora. Pois a questão do gênero feminino não é tratada em seu encontro com a cultura, mas sim como uma categoria universal, imutável, desconsiderando-se sua própria multiplicidade e diversidade existencial, mesmo quando essas várias mulheres adentram os serviços de saúde com múltiplas demandas, apresentando riscos para sua saúde e processos de adoecimento e fragilização.

Frente a tantos desafios é fundamental fomentar estudos, capacitações aos profissionais e novas perspectivas que tratem da correlação entre a saúde mental do sujeito e sua vivência de gênero, tanto nos dispositivos da rede quanto dentro das graduações responsáveis pela formação de profissionais que atuarão na área da saúde. Nesse sentido, é possível aprender com as experiências falhas vividas e relatadas aqui, de modo a ouvir essas mulheres transformando o olhar sobre o que é a demanda apresentada por elas, utilizando-se do matriciamento realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e de recursos como supervisões e reuniões de equipe, discussão de projetos terapêuticos e Educação Permanente Em Saúde (Medeiros, 2015).

Acredito na potência do encontro direto com essas mulheres para transformar tal realidade, o que pode ser concretizado através da realização de grupos especificamente com elas para compreender quais são suas demandas, em um acolhimento empático e sensível a suas falas, de modo a valorizar suas experiências singulares e buscar justamente nessa bagagem a possibilidade de enfrentamento de tantos processos de adoecimento. Também é de suma importância promover e fortalecer um vínculo positivo dessas mulheres com os dispositivos e setores de suporte as mesmas, através de esclarecimentos sobre seus direitos e sobre o funcionamento dessa rede, através da participação social e das conferências de saúde e de melhor capacitação das equipes sobre a questão de gênero.

Para além das reflexões aqui propostas e das iniciativas pontuais aqui relatadas, considero que este trabalho revela algumas possibilidades e assume sua pretensão de afetar outros atores no cenário da saúde e da saúde mental para que novos olhares e fazeres sejam concretizados. Trata-se de uma exigência prestada pela própria demanda apresentada a esses dois campos, a qual tem sido constantemente negligenciada e omitida: é preciso atuar sobre a realidade do que significa ser mulher, deixando de padronizar suas histórias e necessidades de modo pré-concebido. O sofrimento apresentado pelas mulheres só poderá ser acolhido e cuidado a partir do momento em que os serviços de saúde forem capazes de reconhecê-lo em suas especificidades e desdobramentos na vida e subjetividade de cada uma delas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L.H.S.G.; Viana, M.C. & Silveira C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2); 43-54.
- Barros, L. P. & Kastrup, V. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E., Kastrup, V. & Escócia, L. *Pistas do Método de Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Benevides, R. B. & Passos, E. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Bordieu, P. (2010). A dominação masculina: A condição feminina e a violência simbólica. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011b). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília, DF: Presidência da República.
- Brasil. (2013). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Caiafa, J. (2007). *Aventura das cidades*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- Carvalho, L. F. & Dimestein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.
- Correa, S. O. & Piola, S. F. (2003). *Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Diniz, G. (1999). Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? In Paz, M. G. T., & Tamayo, A. (Orgs.), *Escola, Saúde e Trabalho: Estudos Psicológicos* (pp. 181-197). Brasília: UnB.
- Foucault, M. (2009). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Foucault, M. (2010). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edição Graal.
- Guattari, F. (2004). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Idéias & Letras. (Coleção Psicanálise Século I).
- Laurell, A. C. (1983) A Saúde-doença como processo social. In: Gomes, E. D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora.

- Lewgoy, A. M. B; & Arruda, M. P. (2004). Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experimentação do diário digital. *Texto & Contextos: coletâneas em Serviço Social*, (2), 115-130.
- Medeiros, N. M. H. (2015). Educação Permanente em Saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores. São Paulo: Editora UNIFESP.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec. Saúde em debate, 145.
- Organização dos Estados Americanos. *Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher*, "Convenção de Belém do Pará". 1994. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm
- Passos, E., Kastrup, V. & Escócia, L. (2015). *Pistas do Método de Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Paulon, S. M. (2005). A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 18-25.
- Pegoraro, F. R., & Caldana, H. L. R. (2008). Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
- Rago, E. J. (2002). A construção da 'natureza feminina' no discurso médico. *Estudos feministas*, 10(514), 511-514.
- Rocha, M. & Aguiar, K. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73.
- Rodrigues, H. B. C. (2000). À beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In: Amarante, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*, (pp. 195-256). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection.
- Safiotti, H. (2004). Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Perseu Abramo.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. *Educação e Realidade*. 20 (2), 71-99.
- Teixeira, C. E. (2002). *O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade*. Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais (AATR-BA), Salvador.
- Vermersh, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux: ESF.
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.