

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

VANESSA SOARES PATTA

**REFLEXÕES ACERCA DO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL VOLTADO AO
GÊNERO FEMININO**

**São Borja
2019**

VANESSA SOARES PATTA

**REFLEXÕES ACERCA DO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL VOLTADO AO
GÊNERO FEMININO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Serviço Social

Orientadora: Jaqueline Carvalho
Quadrado

**São Borja
2019**

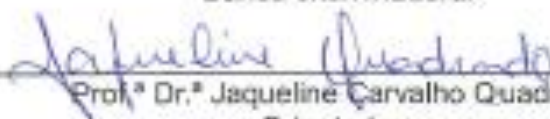
VANESSA SOARES PATTA

REFLEXÕES ACERCA DO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL VOLTADO AO
GÊNERO FEMININO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 02 de dezembro de
2019.

Banca examinadora:



Prof.ª Dr.ª Jaqueline Carvalho Quadrado
Orientadora
UNIPAMPA



Prof.ª Dr.ª Elisângela Maia Pessoa
UNIPAMPA



Prof.ª Dr.ª Simone Barros de Oliveira
UNIPAMPA

“Me levanto
Sobre o sacrifício
De um milhão de mulheres que vieram
antes
E penso
O que é que faço
Para tornar essa montanha mais alta
Para que as mulheres que vierem depois
de mim
Possam ver além” .
Rupi Kau

RESUMO

O presente Trabalho Final de Graduação propôs compreender como estão se dando os atendimentos voltados a saúde mental das mulheres no Centro de Atenção Psicossocial I Sentimentos na cidade de Itaqui/RS. Emergir esta discussão, toma caráter relevante, tendo em vista o impacto das relações de opressão sobre o gênero feminino, socialmente construídas e reproduzidas na cultura, caracterizando-se como campo propício para implicações sobre a saúde mental. Dessa forma, estabeleceu-se como objetivo geral, investigar o atendimento voltado a saúde mental das mulheres acompanhadas pelo CAPS I Sentimentos na cidade de Itaqui/RS, a fim de compreender se os processos de adoecimento estão sendo atendidos sob a ótica integral de cuidado. Enquanto aspectos metodológicos, optou-se por pesquisa qualitativa de cunho exploratório, tendo como método de análise da realidade o dialético crítico. Além disso, foi utilizada pesquisa documental, onde abarcam a Análise institucional, Relatório Final de Estágio II e Relatório Final de Pesquisa do Componente Curricular de Graduação Pesquisa Social II, ambos do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa/RS, já como instrumento de coleta de dados, foi estabelecido roteiro norteador. Por seguinte, realizou-se a respectiva análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que o perfil da maioria das usuárias que frequentam a instituição, é possuidor de depressão, não ocupam espaços públicos e obtiveram poucas oportunidades de concluir os estudos, evidenciando que as intervenções devem extrapolar os limites de sintomas físicos e patológicos, pois, envolve pensar a promoção da cidadania, autonomia e suas formas concretas de materialização. Pode-se perceber o reconhecimento por parte dos (das) profissionais sobre alguns destes condicionantes que interferem nos processos de adoecimento, resultando na criação de espaços de estímulo a autoestima, o convívio, lazer entre outras trocas. No entanto, cabe mencionar o desafio sobre o modo fragilizado como estes pressupostos são tratados no conjunto da rede de atendimento, reflexões necessárias para redimensionar as discussões nas demais políticas e serviços, contribuindo no enfrentamento aos fenômenos vivenciados pelas mulheres. Tal contexto, torna-se desafiador para promoção e viabilização do direito a saúde pública na condição de integralidade, incitando a mobilização de condutas que rompam com as formas fragmentadas na atenção ao cuidado.

Palavras-Chave: Gênero; Mulher; Saúde Mental; Integralidade nos atendimentos.

ABSTRACT

The present Course Conclusion Paper proposed to comprehend how mental health care for women is taking place at the psychosocial care center I Sentimentos. Emerging this discussion takes relevant property, geared towards the impact of the oppression relations on the female gender, socially built and reproduced in our culture, being characterized as a conducive field for implications regarding mental health. In this regard, the general objective established is to investigate the mental health care for women attended by CAPS I Sentimentos in the town of Itaqui, Rio Grande do Sul, in order to know if the illness processes are being treated under the whole optic of care. As methodological aspects, a qualitative research of exploratory nature was chosen, having as method of reality's analysis the critic dialectic. In addition, documental research was used, concerning Institutional Analysis, Final Internship Report II and Final Paper of Curricular Component's Research of Graduation Social Research II, both from the Social Services Course at Universidade Federal do Pampa (Federal University of the Pampa), furthermore the instrument of data collection was established as guiding script. Therefore, it was performed the respective analysis of content: the results show that most of the profiles from users who attend the institution have depression, do not occupy public spaces and had few opportunities to finish their studies, pointing that the interventions must surpass the limits of physical and pathological symptoms, because it involves thinking on the promotion of citizenship, autonomy and their concrete ways of materialization. It is possible to notice the recognition by the professionals about some of these constraints that interfere in the process of illness, resulting in the creation of spaces to stimulate self-esteem, conviviality, leisure and other exchanges. However, it is worth mentioning the challenge about the fragile way these presuppositions are treated in the service network's group, necessary reflections to resize the discussions about the other policies and services, contributing to the confrontation of the phenomenon experienced by women. Such context becomes challenging for the promotion and viability of the right to public health care, inciting the mobilization of conducts that break the fragmented ways regarding attention to it.

Key words: Gender; Woman; Mental Health; Attendance wholeness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico 01 – Idade das usuárias	44
Figura 2 – Gráfico 02 – Escolaridade.....	46
Figura 3 – Gráfico 03 – Profissões.....	47
Figura 4 – Gráfico 04 – Doenças recorrentes.....	48
Figura 5 – Gráfico 05 – Participação nas atividades.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

n. – número

p. – página

v. – volume

LISTA DE SIGLAS

- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF – Estratégia Saúde da Família
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAISM – Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PNS – Política Nacional de Saúde
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RP – Reforma Psiquiátrica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	O PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
2.1	Tipo de pesquisa.....	13
2.2	Método de análise da realidade.....	14
2.3	Técnicas e instrumentos.....	16
2.4	Universo e amostragem.....	16
2.5	Análise dos dados.....	17
2.6	Pressupostos éticos e socialização.....	18
3	A SAUDE MENTAL E A MULHER	19
3.1	Saúde mental e um breve resgate histórico.....	19
3.2	Entre o cultural e o patológico: concepções acerca da saúde mental das mulheres.....	22
4	NOVOS PARADIGMAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES.....	27
4.1	O primeiro passo: A instituição da saúde pública no Brasil.....	27
4.2	Na esteira dos avanços: A visibilidade sobre a saúde mental.....	31
4.3	Mulheres em movimento: Gênero e integralidade em pauta.....	35
5	UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO LOCAL DO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS.....	40
5.1	Contextualizando o Centro de Atenção Psicossocial I de Itaqui/RS.....	40
5.2	O perfil das mulheres que acessam o serviço.....	44
5.3	Evidenciando demandas.....	48
5.4	Estratégias de atendimento.....	53
5.5	A articulação da rede de proteção no processo de acompanhamento direcionado as usuárias.....	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE A.....	75

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa propôs compreender como estão se dando os atendimentos voltados a saúde mental das mulheres acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial I Sentimentos, localizado na cidade de Itaqui/RS. A pesquisa evidencia o perfil das usuárias e os fenômenos que permeiam o cotidiano deste segmento, para a partir disso, expor as formas de enfrentamento construídas pela instituição, além de elucidar a articulação intersetorial ao que tange a temática neste contexto.

O interesse pela pesquisa, surgiu das inquietações provocadas pela inserção na instituição como estagiária na área do Serviço Social no segundo semestre do ano de 2018 e primeiro semestre de 2019, além das contribuições no Componente Curricular de Graduação Pesquisa Social II, resultando na elaboração do projeto de pesquisa e das iniciais apreensões sobre a discussão. De forma a aprofundá-las, optou-se por seguir na linha de estudo, sendo hoje, tema do então Trabalho Final de Graduação no curso de Serviço Social.

Emergir esta discussão, toma caráter relevante, tendo em vista o impacto das relações de opressão sobre o gênero feminino, socialmente construídas e reproduzidas na sociedade, caracterizando-se como campo propício para implicações sobre a saúde mental. Hoje, sabe-se que doenças específicas tem maior índice de manifestação no público direcionado as mulheres, tais como “ansiedade, depressão, casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes [...] ocorrem duas vezes mais entre as mulheres do que em homens (WHO, 1993, 1997, 2000 *apud* VARGAS, 2015, p. 13).

Estas, decorrem de fatores não apenas clínicos, mas implicam considerar recortes de gênero aliados a influência de aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais na manifestação das doenças. Tais considerações, tornam-se imprescindível para tornar o atendimento e acompanhamento voltado as usuárias da Política de Saúde Mental na perspectiva de integralidade, comprometida com as múltiplas dimensões da realidade. Entende-se, que a relevância da temática perpassa a possibilidade de potencializar a discussão no que refere-se a realidade investigada e soma-se ao contínuo processo de conhecimento no Serviço Social e áreas afins.

Dessa forma, o tema situado na temática da saúde mental e gênero feminino, então intitulado “Reflexões acerca do atendimento à saúde mental voltado ao gênero

feminino”, parte do seguinte problema de pesquisa: “o atendimento voltado a saúde mental das mulheres extrapola marcadores biológicos e cumpre com a perspectiva integral de cuidado? ”. Para responder a esta questão, estabeleceu-se como objetivo geral “investigar o atendimento voltado a saúde mental das mulheres acompanhadas pelo CAPS I Sentimentos na cidade de Itaqui/RS, a fim de compreender se os processos de adoecimento estão sendo atendidos sob a ótica integral de cuidado”.

Quanto aos objetivos específicos que serviram como caminho a alcançar o objetivo geral, foram definidos como: reconhecer o perfil das mulheres que acessam o serviço; evidenciar as demandas recorrentes por parte deste segmento e identificar quais estratégias de atendimento estão sendo estabelecidas diante deste contexto.

Além da presente sessão introdutória, este Trabalho Final de Graduação está dividido em mais cinco capítulos. A seguir, no capítulo dois, optou-se por trazer o percurso metodológico da pesquisa, já o terceiro tece breves considerações para situar o (a) leitor (a) acerca da saúde mental e suas distintas representações na sociedade, para logo, centralizar a discussão nas particularidades do gênero feminino. O quarto, versa de forma específica sobre os processos, que de forma coletiva, oportunizaram que estas duas temáticas tenham fundamental importância na construção e afirmação da política de saúde pública no Brasil.

Já o quinto capítulo, é um espaço dedicado a discussões voltadas ao CAPS I Sentimentos no Município de Itaqui/RS, oportunizando visualizar como estas conquistas na saúde estão materializando-se no cotidiano. Salienta-se o perfil e as demandas em saúde mental, inseparável das relações desiguais de gênero e outros fenômenos sociais que venham influenciar significativamente dos processos de adoecimento. Além disso, expõe-se como estas questões estão sendo trabalhadas pela equipe e articuladas a rede de proteção, uma vez que, a intersetorialidade e interdisciplinaridade são ferramentas fundamentais no desenvolvimento das práticas em saúde mental, além de proporcionarem um potencial caminho no alcance dos cuidados que tenham como fim a integralidade. Por fim, é realizada algumas considerações finais diante dos dados obtidos.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia consiste nas etapas que devem ser traçadas para o alcance dos dados investigados.

[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade (MINAYO, 2009, p. 14).

Assim, expressa-se por dar personalidade a pesquisa, já que através da metodologia pode-se optar pela teoria, onde representa a lente de análise sobre a realidade investigada e seu conseqüente modo de interpretação, expressa também, as ações construídas para o alcance dos resultados, estabelecendo-se técnicas e instrumentos. Ou seja, organiza o caminho que possibilitará futuras apreensões do pesquisador (a) diante do fenômeno investigado, aqui, está organizada da seguinte forma: tipo de pesquisa, método, técnicas e instrumentos, universo e amostragem, análise dos dados e pressupostos éticos e socialização.

2.1 Tipo de pesquisa

O tipo de pesquisa escolhido, foi a pesquisa qualitativa, sendo ela a responsável por imprimir a interpretação dos significados sobre a realidade social dos sujeitos. Justifica-se sua escolha pela contribuição em proporcionar a visibilidade aos múltiplos sentidos que envolvem os fenômenos, não os reduzindo a concepções simplistas:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só no agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2009, p. 21).

O enfoque da pesquisa é de cunho exploratório, tendo em vista que foi o primeiro contato com a temática, o que vai proporcionar maior familiaridade com o

objeto de pesquisa (GIL, 2008). Dadas escolhas, proporcionaram o conhecimento sobre as múltiplas questões que envolvem o gênero feminino, saúde mental e sua consequente forma de atendimento, caracterizando-se como campo de descobertas, onde possibilitou a apropriação das variáveis expressões que envolvem a temática e oportunizou medir diferentes reflexões e contribuições.

2.2 Método de análise da realidade

O método é caracterizado pela lente sobre a realidade que se investiga e dita seu consequente modo de interpretação, “pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (GIL, 2008, p. 8). Esta pesquisa, partiu do enfoque dialético-crítico, onde com a dialética sendo um de seus principais elementos, possibilita “compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação” (KONDER, 2004, p. 8) e crítico por considerar a compreensão da estrutura material como primordial no entendimento das relações sociais (LARA, 2009).

Dessa forma, o método dialético crítico é constituído pela:

[...] a ontologia (fundada na vida e na natureza de determinados seres que possuem história e historicidade) e a gnosiologia (o movimento intelectual que persegue, indaga, desmonta e remonta a realidade com o inseparável auxílio da razão) (SILVA, 2007, p. 288).

Estas, mostram-se através de sucessivas aproximações, onde é preciso emergir da realidade social imediata investigando sua conexão aos fatores estruturantes já que as primeiras impressões são parte do âmbito mais amplo, para logo retornar ao ponto inicial, agora permeado por novas apreensões e conhecimentos. Emergir da realidade social significa compreender o que Kosik (1976) nomeia de pseudoconcreticidade, sendo os fenômenos presentes da vida cotidiana dos sujeitos que conotam aspecto natural e independente da estrutura social e material onde as relações sociais reproduzem-se.

A pseudoconcreticidade é a sinalização a aspectos contidos na essência dos fenômenos, ou seja, não os descarta, mas os considera como manifestação. Para desvendá-los é preciso indagar o real e chegar a uma totalidade concreta e isso só se

dará por meio de categorias que irão proporcionar a interpretação e a descoberta das múltiplas determinações do objeto de estudo (LARA, 2009). Sendo assim, as categorias utilizadas para essa pesquisa foram a **totalidade, historicidade, mediação e contradição**.

A **totalidade** caracteriza-se sendo, não a soma de todos os fatos, mas uma determinada realidade estruturada dialeticamente (fatores interligados que a compõe) e que pode vir a ser racionalmente compreendida, sendo o fenômeno apenas momento do todo (KOSIK, 1976). Esta categoria relacionou-se com o objeto de estudo, tendo em vista que proporcionou a compreensão das temáticas “saturadas de múltiplas determinações” (NETTO, 2009, p. 20) influenciadas por valores, a cultura, relações sociais estabelecidas coletivamente, economia, política entre outros pontos imbricados as demandas de atendimento na instituição.

A realidade social voltada as mulheres, perpassa o caminho de violações constantes promovidas pela cultura machista e patriarcal, seja na exclusiva responsabilização as atividades do âmbito privado, violações sexuais, físicas, psicológicas, verbais e patrimoniais, no preconceito de classe, raça, cor, etnia ou no silenciamento de seus desejos e vontades. Estes, são aspectos que incidem sobre a saúde mental podendo manifestar-se nas demandas mais decorrentes da população do gênero feminino.

Para desvendar o conjunto de relações por traz dessas situações, fez-se necessário considerar o modelo de sociedade, sua criação, estrutura e gênese, pois compreende-se que tais fatores estão intimamente ligados ao modo ser e estar dos sujeitos. Para isso, a **Historicidade** contribuiu com o compromisso em reconhecer esses processos sociais e materiais, bem como seu movimento constate de transformação. Para Kosik “a história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes” (1989, p. 218). Tal categoria possibilitou visualizar a saúde mental e as relações de poder e exploração sobre o gênero feminino como fruto dos processos seculares que permeiam a humanidade e tem rebatimentos na atual conjuntura.

Para poder tornar compreensível a totalidade concreta, bem como compreender o modo como se particularizam com as condições objetivas a nível estrutural, aqui, evidenciou-se o uso de outra categoria, a **mediação**. Pois, é justamente ela “[...] a

categoria central da articulação entre as partes de uma totalidade complexa, e é responsável pela possibilidade da passagem entre o imediato e mediato (PONTES, 1995, p. 3). Isso, proporciona aproximações a um contexto mais amplo, é nesse sentido dialético, a intenção de dar visibilidade aos resultados e relaciona-los com a sociedade de classes.

A categoria **contradição** possibilitou a compreensão não apenas interpretativa, mas coloca a ideia que ela é parte do real, tendo em vista que destrói a ideia linear das situações e passa a considerar as condições objetivas que impõe limites e possibilidades ocultos ao fenômeno.

A contradição, pois, ao interpretar o real, capta-o como sendo o resultado de uma inadequação cognitiva entre o que é e o que ainda não é, numa síntese contraditória. Por isso, todo real é processo que contém, sem encerrar, o possível numa unidade de contrários (CURY, 1995, p. 31).

A contradição, permite ainda, pensar quais estratégias de acompanhamento são materializadas e possíveis no contexto de avanços e recuos na Política de Saúde Mental e na sua relação com a integralidade, em específico a população do gênero feminino. O método materialista buscou contribuir para este estudo para desmistificar a fragmentação dos fatos imprimidos ao cotidiano e assim articular a saúde mental, gênero e atendimento integral imbricados a fatores macros societários, já que os motivos que levam o público feminino a buscar os serviços não ocorrem isolados da estrutura e modo de sociabilidade.

2.3 Técnicas e instrumentos

O processo metodológico foi orientado por um conjunto de referenciais teóricos, definidos a partir das categorias saúde mental, gênero e integralidade, bem como, optou-se pela pesquisa documental que consiste na “[...] exploração das fontes documentais” (GIL, 2008, p. 51) como documentos, leis, portarias, relatórios, entre outros que darão margem a interpretação analítica da pesquisadora para sanar os objetivos propostos por este projeto. A coleta de dados foi por meio de roteiro norteador (APENDICE A) e a técnica utilizada foi observação.

2.4 Universo e amostragem

Para Gil o universo “é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características” (2008, p. 89), para esta pesquisa o universo documental foi relacionado aos documentos do Estágio I e II em Serviço Social, no segundo semestre de 2018 e primeiro semestre 2019, bem como, o Componente Curricular de Graduação Pesquisa Social II do curso de Serviço Social, correspondente ao segundo semestre de 2018, já as bibliografias que orientaram a construção do referencial foram utilizadas foram teses, dissertações, livros e artigos. Já a amostra que é o “subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população” (GIL, 2008, p. 90) e aqui, foi composta pela análise institucional, relatório final de estágio II e relatório final de pesquisa do Componente Curricular de Graduação Pesquisa Social II.

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados “tem como objetivo organizar e resumir dos dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação (GIL, 2008, p. 156)”, já como critério de análise estabeleceu-se análise de conteúdo, onde caracteriza-se como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 44).

Assim, a partir do material inicial coletado pode-se imprimir a interpretação científica de análise, o que não significa apenas expor, mas dar sentido vivo aos dados coletados. Para isso, usou-se de procedimentos específicos elencados pela autora sendo elas a pré-análise, a exploração do material e por fim o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é o momento de organizar o material para os futuros procedimentos, dá-se início ao contato com o material para leitura e primeiras impressões, para após isso recorrer a escolha dos documentos que estejam de acordo com a proposta da pesquisa, sendo importante a escolha de critérios e o respeito ao seu cumprimento

(BARDIN, 2011). Já a exploração do material é a ação própria de explorar o material de acordo com as “regras previamente formuladas” (BARDIN, 2011, p. 127).

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foi o ato em que:

O analista, tendo á sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a proposito dos objetivos previstos -, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011, p. 127).

Salienta-se que a análise documental tem como objetivo “dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação” (BARDIN, 2011, p. 47) partindo de “um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)” (BARDIN, 2011, p. 47). Dessa forma, partir do dado frio contidos aos documentos, ausente de interpretações, imprime-se análises voltadas a responder os objetivos da pesquisa.

2.6 Pressupostos éticos e socialização

Esta pesquisa mantém o compromisso ético com a profissão do Serviço Social por meio da lei 8.662/1993, tendo em vista que esta é fruto das apreensões obtidas pelo estágio I e o II no curso de Serviço Social. Assim, zela pelas informações e aborda de maneira comprometida e respeitosa as temáticas dispostas, sem que violem o campo moral e físico dos sujeitos envolvidos ao processo. Para socialização, os dados obtidos serão disponibilizados em forma de monografia na biblioteca da Universidade Federal do Pampa campus São Borja – RS. Para conhecimento da instituição envolvida, pretende-se retornar e disponibilizar os dados na instituição em forma de artigo.

3 A SAÚDE MENTAL E A MULHER

A saúde mental, exige amplas considerações, tendo em vista que, em determinado período histórico mudam-se suas concepções, modelos de atendimentos e cuidados. Com a temática atrelada ao gênero feminino, a discussão toma caráter particular, uma vez que, há a soma de outros fatores sobre a dimensão do fenômeno. Dessa forma, este capítulo busca tecer breves considerações sobre o modo como a saúde mental vem sendo concebida ao longo da trajetória histórica da humanidade, onde remonta um caminho de exclusão e estigmas estritamente relacionados a loucura, além de destacar a posição do gênero feminino em meio ao contexto, contornado pela reprodução do ciclo de silenciamento e subalternização.

3.1 Saúde mental e um breve resgate histórico

Processos que envolvem os aspectos da mente “[...] tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades, inclusive em sociedades identificadas como primitivas” (BISNETO, 2011, p. 173). Sua manifestação relacional a loucura, obteve diferentes designações e compreensões de tratamento, sendo sua discussão, nunca desconecta do período e sociedade de determinada época, tão pouco, invoca neutralidade, pois sua existência também remonta o caminho das relações de poder em determinado nível das forças produtivas. Logo na Grécia antiga, as atribuições que vão arquitetando a compreensão do “louco” passa pela perspectiva mística e de diálogo com os deuses.

Recorda-se a lenda de Hércules, quando:

O semi-Deus é levado à loucura pela intervenção da Deusa Hera e mata a sua esposa e filhos. A loucura surge causada pela fúria divina, implicando atos não voluntários que poderiam ser purificados através do trabalho (AZENHA, 2014, p. 54).

Ademais, a autora destaca atores importantes que tecem a constituição da loucura arraigada por fatores científicos, sendo um deles Hipócrates com menções voltadas a aspectos biológicos do corpo, justamente pelo período ser parte dos avanços voltados a medicina. Logo, também salienta a contribuição de Platão por incluir o humor e questões ambientais a sua incidência. Já na idade média:

O tratamento existente no período medieval era dominado pela Igreja Católica, que via a doença mental como uma questão de fé. As doenças, sejam elas do corpo ou da alma, eram atribuídas à violações de tabus, descumprimento de rituais religiosos, possessões de espíritos e bruxarias. Baseado nos escritos bíblicos, o tratamento para a doença mental era sinônimo de exorcismo e os distúrbios atribuídos à presença de espíritos (SOUZA, 2012, p. 26).

Aqui, prevalecem os conhecimentos da fé cristã, que dispensa a presença dos saberes científicos sobre a saúde mental, além de dar lugar ao estigma do desvio de conduta, também serviu como mecanismo de manutenção de *status quo*, visto que, o período preconiza o poder ideológico da igreja católica sobre a sociedade. Com a passagem para a idade moderna, época em que a razão e a ciência passam a ser o principal meio de explicação dos fenômenos no mundo, a compreensão da loucura continuou em um patamar a baixo, agora sendo considerada “como uma falta de razão” (BISNETO, 2011, p. 173) em detrimento das ações “anormais” concebidas pelas normas da época.

Mesmo que houvessem os avanços sobre o entendimento da loucura como doença por parte de médicos, onde o intuito era separar o conhecimento científico dos até então adotados religiosos e místicos, ocorre a prevalência do louco como alguém que precisa ser internado e submetido ao corpo médico ou psiquiátrico (SOUZA, 2012). Foucault, traz à tona o poder institucional corretivo sobre os corpos, ou seja, hospitais permeados por regras durante um período estipulado, onde não apenas os ditos “loucos” frequentavam, mas todos (as) aqueles (as) excluídos (as) e marginalizados (as) em sociedade, sob condições degradantes (2004, *apud* SOUZA, 2012).

Os manicômios tomam espaço nesse cenário, “como local de abrigo para pobres, idosos e mulheres (CHESLER, 1989), o manicômio nasceu, de maneira contraditória, para defesa dos sãos contra a loucura” (*apud* CAMPOS, 2016). Complementar a este tratamento, ressalta-se a crítica de Goffman, no qual nomeia os manicômios como instituições totais, sendo espaços, onde “[...] as pessoas submetidas à organização de suas vidas por um controle sistemático nos internatos institucionais têm massacradas suas subjetividades e são colonizadas mentalmente” (*apud* BISNETO, 2011, p. 180-181).

Determinadas críticas, gradualmente deram a compreensão de que esses espaços e o modo como era conduzido o tratamento tornavam-se mecanismos de violação direta aos sujeitos, seja na sua integridade física, moral ou psicológica. Assim,

a compreensão de saúde mental tende a traçar novos caminhos a partir do século XVIII, onde práticas terapêuticas vão sendo introduzidas sobre o tratamento da doença mental, um dos principais precursores desse novo modelo foi o francês Philippe Pinel, onde “é atribuído o gesto de retirar as correntes e iniciar um tratamento mais humanitário e com base científica dos internos durante a Revolução Francesa, tipo de tratamento que passa a ser adotado em outros lugares” (SOUZA, 2012, p. 29).

Porém, sem deslocar-se da perspectiva que a história da saúde mental em cada período e sociedade remonta um caminho das relações de poder num determinado nível, ressalta-se a crítica de Foucault, que na sua obra “A história da loucura” (2004):

A seu ver, o perfil epistemológico do saber da psiquiatria é pouco definido e está ligado a uma série de instituições, exigências econômicas e políticas de regulamentações sociais. Ele desmistifica a “história oficial da psiquiatria”, aquela que tem como heróis os seus fundadores Tuke e Pinel, considerados os primeiros a transformarem em hospitais especializados no cuidado psiquiátrico as estruturas arcaicas que abrigavam os loucos (*apud* SOUZA, 2012, p. 42-43).

Dessa forma, diferente da visão linear dos avanços marcados por médicos da psiquiatria, o autor enfatiza o quesito controlador em que essas instituições ainda propagavam, uma vez que, com a designação da razão versus loucura, o sujeito passa a desempenhar o papel de desqualificado, anulando sua autonomia e ficando à mercê da palavra de um superior dotado de conhecimento, da razão. Conseqüentemente, sujeitos são isolados e silenciados, o que também diz respeito a necessidade da sociedade moderna em disciplinar.

Em suma, no decorrer da história da loucura no Ocidente, a expressão da violência sofrida por homens e mulheres foi influenciada, em dado momento histórico, por transformações sociais e políticas, sobretudo pela constituição do saber médico. As representações sociais sobre a loucura compreendiam desde um contexto sub-humano de animalidade a uma condição de liberdade e de terapêuticas impostas (CAMPOS, 2016, p. 22).

Tavira (2014, p. 1), ao discutir sobre o nascimento da clínica em Foucault, ainda relembra a crítica a medicina moderna, pelo fato da centralização dada as doenças, sem considerar os sujeitos que a portam, afirmando que “a prática clínica vai muito além das evidências anatômicas e fisiopatológicas”. Com as transformações e novos questionamentos intensificados, onde cobrava-se respostas quanto o modo unilateral

em que a loucura vinha sendo abordada, houve a compreensão de que outros conhecimentos ocupam espaço nos processos de atendimento diante do adoecimento, agora caracterizados como sofrimentos mentais. Assim, Bisneto direciona refletir que “se na história ela passou a ser anormalidade, na história ela pode ser restituída a condição de fenômeno inerente às sociedades e não apenas marginalidade, estigma” (2011, p. 174).

Dada contribuição, coloca a perspectiva do saber médico não mais a cima dos demais, seja psicológico, social, cultural ou outros, mas ocupando espaço horizontal na intervenção sobre o fenômeno. Determinada ideia, torna-se relevante tendo em vista que “o que para um subgrupo social pode ser interpretado como loucura, para o outro é um modo de ser de acordo com seus hábitos ou tradições” (BISNETO, 2011, p. 175), não reduzindo as situações a compreensão biológica.

Com isso, propõe-se mostrar o modo como o pensamento simplista e de forma isolada pode vir a contribuir na reprodução de estigmas e valores excludentes que condicionam a manutenção das relações sociais, sem considerar criticamente seus fatores fundantes, onde os processos de sofrimento mental tendem a descolar-se dos movimentos oriundos do modo de organização em sociedade. O rompimento desta perspectiva se dará em forma de mobilização por meio da chamada reforma psiquiátrica, a partir da década de meados da década de 1970, onde questionou condutas profissionais, a questão asilar e a anulação da autonomia dos sujeitos no tratamento, sendo esta, pauta para as futuras discussões no item 4.2 do capítulo 4.

Cabe agora, refletir sobre estes processos de patologização da vida social de forma específica a saúde mental das mulheres, onde promoveram rebatimentos que cooptaram no fortalecimento e legitimação das assimétricas relações estabelecidas entre homens e mulheres. Ao evidenciar este fenômeno, toma-se como propósito não só exemplificar questões singulares da saúde mental, mas interpor a este cenário o modo como a mulher vem substancialmente ocupando espaços ainda mais subalternos nos meandros das relações em sociedade, uma vez que, o “ser mulher” invoca construções sociais e abre uma seara de outras questões.

3.2 Entre o cultural e o patológico: Concepções acerca da saúde mental das mulheres

A construção histórica da humanidade, sinaliza pontos da identidade feminina marcados pelo viés da responsabilização, sendo tanto questões individuais quanto coletivas. Tal afirmativa, é identificada na antiguidade, onde as compreensões da saúde mental das mulheres eram oriundas de disfunções meramente biológicas, sendo associados ao sangue menstrual e o útero a propagação da melancolia e do mal-estar manifestados por este segmento (CAMPOS, 2016). Já na mitologia grega, a deusa Hera, juntamente a outras mulheres passaram a ocupar posição de “transgressão, desobediência, curiosidade, pecado, ameaça e, assim, responsabilizadas por disseminar as mazelas do mundo” (BOLZAN, 2015, p. 15).

Mais tardar, a idade média trouxe consigo valores e instituições baseadas na moral religiosa, espalhados aos diferentes campos da vida social. Se a saúde mental ocupava posição de inferioridade, como já demarcado anteriormente, quando atrelada ao segmento feminino tal questão inferia além. As mulheres, passam a ser alvo de caça, tendo em vista a não adequação à moral da época, já que possuíam relações com o uso de plantas psicoativas e rituais próprios de identificação, protagonizava-se assim a chamada “caça às bruxas” (BOLZAN, 2015). São estas, algumas das manifestações de controle sobre o gênero feminino, que implicaram no uso indevido de justificativas para questões que reúnem costumes, modos e condições de vida, favorecendo a manutenção das relações desiguais.

[...] estudos estatísticos, realizados no século XVII, evidenciaram aumento de doenças mentais em mulheres e maior número de internações em relação aos homens (GARCIA, 1995). Os estudos de Chesler (1989) sobre mulheres americanas institucionalizadas alertam para o fato de que, já no século XVI, elas eram “silenciadas” nos hospícios (e castelos) por seus maridos (*apud* CAMPOS, 2016, p. 24).

Determinado contexto, em que se demonstra a imposição do silenciamento, tem como destaque a organização social em que os sujeitos estão inseridos, visto que há a instituição de um conjunto de normas e valores reproduzidos pelas relações sociais com respaldo em preceitos legais e transgrede para o âmbito moral da vida cotidiana. Neste processo, há a inauguração do matrimônio religioso, onde abriu um campo de padronização de papéis específicos atribuídos a homens e mulheres. “Assim, são sancionadas pela Igreja as assimetrias e desigualdades com que historicamente as mulheres vêm sendo tratadas, encobertas e justificadas pela retórica do amor” (BOLZAN, 2015, p. 16).

Ao estabelecer o matrimônio religioso, houve também a incorporação da família monogâmica, no qual empunhava as mulheres a mera função da reprodução da família, já que as possibilidades de ascensão econômica e de escolha pessoal eram negadas, ao contrário dos homens que possuíam abertura para decisões do âmbito público da sociedade, como também, não eram julgados diante as opressões sobre suas companheiras. Estas características formam a sociedade patriarcal, em que como “o próprio nome indica, é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens” (SAFFIOTI, 2011, p. 44), tornando-se base de desenvolvimento e consolidação para múltiplas formas de opressões.

Engels, traz elementos importantes para compreensão desta configuração familiar, onde a conceitua como o:

[...] predomínio do homem; sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível; e exige-se, essa paternidade, indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão, um dia, na posse dos gens de seu pai (ENGELS, 2002, p. 62).

O autor indica diversificadas organizações familiares nas sociedades anteriores as civilizações, e demonstra a existência de reproduções ascendentes, com parceiros da mesma família, bem como, existiam aquelas que optavam por romper a ligação consanguínea. A família monogâmica, surge apenas como consequência da criação da propriedade privada, principalmente em relação ao gado, terras e agricultura, espaço que delegou ao homem o papel de “chefe” na organização dos bens e consequentemente da família e da esposa. A mulher continuou a ocupar a posição de inferioridade, tendo em vista suas atribuições ao espaço privado, responsável pelo cuidado ao lar e a família, anulando seus desejos e ambições próprias.

Essas concepções e crenças contribuem para a construção do papel social dado às mulheres ao longo da história, permeado por valores cristãos que justificam a imposição do homem sobre a mulher, tecendo uma naturalização de aceitação cultural que legitima a relação hierárquica entre ambos, justificando exclusões, violências, estereótipos. Acrescenta-se que essas definições, normas e valores são instituídas por aqueles que detêm poder, o que tornava mais difícil a sua ruptura (BOLZAN, 2015, p. 19).

Campos, afirma que tais prerrogativas além de estarem presentes na cultura, também eram reverberadas por médicos, psicanalistas, psiquiatras, e outros profissionais, como algo natural e que qualquer desvio destas condutas, ocasionavam confusões mentais.

Socialmente, esperava-se que as mulheres fossem apenas esposas e mães, e qualquer comportamento divergente era interpretado como desvio da condição feminina, o que poderia levar à loucura. Enquanto a mulher era diagnosticada como doente mental, por meio de comprovado desvio em sua natureza, sobretudo sexual, considerava-se que a doença mental do indivíduo do sexo masculino decorria de alterações nos papéis a ele atribuídos, como trabalhador, provedor, entre outros. Ser mulher era, portanto, sinônimo de anulação e dedicação ao outro, filhos, maridos, parentes; e aos homens era atribuído o papel de proteger suas esposas dos perigos do mundo e exageros de qualquer atividade intelectual (CAMPOS, 2016, p. 25).

Observa-se assim, a mulher como ser manipulável, controlada por conhecimentos de referências misóginas, onde ações são logo reduzidas a condições da natureza feminina, sem que estas apreensões sejam compreendidas como produto de implicações sociais e culturais, cooptando na construção de uma identidade onde as mesmas, tornam-se sinônimos de subversão e inadequação. Assim, a “[...] punição das mulheres, ora pelo “mau comportamento”, ora pela recusa em obedecer às regras estabelecidas, era norma na sociedade, o que legitimou o poder familiar de internar, sendo os pais e maridos os principais responsáveis por essa decisão (CAMPOS, 2016, p. 29).

Os estudos relacionados a trajetória nos hospitais psiquiátricos no Brasil, apontam que “as mulheres consideradas loucas foram encarceradas e submetidas a uma condição subalterna de domesticação de seus corpos, desqualificadas, anuladas, mortificadas e etiquetadas em seu lugar social” (CAMPOS, 2016, p. 32). Arbex (2013), na sua contribuição sobre as vivências no hospício de Barbacena, considerado como holocausto brasileiro, traz informações importantes sobre os motivos em que mulheres eram submetidas aquele espaço e as condições degradantes e de invisibilidade quanto a suas cidadanias, pois:

Daquele momento em diante, elas deixavam de ser filhas, mães, esposas, irmãs. As que não podiam pagar pela internação, mais de 80%, eram consideradas indigentes. Nesta condição, viam-se despedidas do passado, às vezes, até mesmo da própria identidade. Sem documentos, muitas pacientes do Colônia eram rebatizadas pelos funcionários. [...]. Muitas ignoradas eram filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil, à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Havia também prostitutas, a maioria vinda de São João del-Rei, enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens com quem haviam se deitado, mas que se recusavam a pagar pelo programa (ARBEX, 2013, p. 27).

Tal cenário, permeado por apreensões onde a saúde mental era tratada como campo meramente de exclusão e excessiva medicalização, sem que considerassem condições externas aos sujeitos, criaram um amplo campo de reprodução de estigmas e preconceitos voltados ao gênero feminino, reverberando o ciclo de subalternização e silenciamento em que as mulheres foram conduzidas. Também remonta o percurso da ideologia dominante e patriarcal, onde nega espaços e tende a oprimir qualquer ação de empoderamento e visibilidade na qual as mulheres buscavam ter.

Percebe-se que as condições estruturantes do modelo de sociedade condicionaram padrões de ser e existir enquanto sujeitos, reproduzindo lógicas desiguais no metabolismo social, econômico e cultural. É importante ressaltar que “o patriarcado não abrange apenas a família, mas atravessa a sociedade como um todo” (SAFFIOTI, 2011, p. 47) manifestando-se na ausência de acesso, visibilidade e outras questões. Tanto a falta de práticas cotidianas que neguem a cultura machista, quanto o modelo de sociedade constituída, formam um fio condutor para as mais variadas opressões e explorações vivenciadas pelo gênero feminino.

No entanto, afirmar isso não significa que tais prerrogativas estão dadas ou que pouco se avançou em conquistas. A trajetória histórica, na qual as mulheres vêm percorrendo também abarca processos de resistência na transformação desta realidade. Como resultado desta afirmação, ressaltam-se as transformações de âmbito legal, onde determinaram o reconhecimento e afirmação da cidadania e da igualdade (MATOS; GITAHY, 2007), bem como, a incorporação de demandas oriundas do gênero feminino nas políticas públicas desenvolvidas pelo Estado, tema para discussões do próximo capítulo.

4 NOVOS PARADIGMAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES

Compreende-se a necessidade em demonstrar os caminhos que possibilitaram pensar gênero e saúde mental na atual conjuntura e sua contribuição para uma nova cultura de práticas no âmbito da saúde. Dessa forma, o capítulo em questão versa especificamente sobre os processos, que de forma coletiva, oportunizaram sinalizar estas temáticas como fundamentais na contribuição para afirmação da política pública de Saúde no Brasil. Para isso, de maneira inicial busca-se sinalizar a constituição e a nova forma de conceber a saúde pública no país, bem como é o caso da saúde mental. Logo, dá-se prioridade a participação do movimento feminista e a incorporação de demandas específicas deste segmento no setor da saúde.

4.1 O primeiro passo: A instituição da saúde pública no Brasil

A saúde no Brasil apresenta momentos distintos quando refere-se ao seu modelo de organização e atendimento voltado a população, além do próprio modo como é concebida. Bravo (2001) remete que as atenções voltadas a saúde, iniciam-se oriundas de mobilizações da classe trabalhadora, onde reivindicavam melhores condições de vida dentro e fora dos espaços empregatícios por parte do Estado. Este então, busca mediar os conflitos por meio da instituição de políticas sociais, que de forma particular, tomou maior proporção em meados da década de 1930 no Brasil.

É no bojo do processo histórico-econômico que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da Política de Saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO, 2009, p. 26).

O novo sistema, mesmo que limitado, demonstrava uma pequena iniciativa de proteção social voltada a população, sendo a saúde pública responsável por proporcionar condições sanitárias mínimas aos sujeitos da área urbana e parte da rural, já a medicina previdenciária atendia apenas algumas categorias profissionais dispondo de escassos serviços de saúde, como o caso de ações farmacêuticas e internações hospitalares (BRAVO, 2001). Como visto, as atividades desenvolvidas eram próprias da época, sendo que “a atuação do Estado restringia-se, em grande parte, a situações

emergenciais, como as epidemias em centros urbanos” (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p. 122).

Nota-se, que os esforços oriundos do setor público eram centralizados sobre aspectos de exclusividade biológica e isolados dos contextos e sujeitos pela qual manifestam-se, tendo a compreensão da saúde limitada a formalização do cuidado as patologias que cooptassem na ausência de doenças. O cenário aqui posto, acentuou-se a partir da década de 1960, com destaque a sua metade, tendo em vista a maior incorporação da arena privada na prestação das ações e serviços de saúde. Isso ocorre, pela caracterização do período, pois é marcado pela imposição da ditadura militar, onde o:

Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p. 6).

Tendo como objetivo final interesses individuais de uma parcela da população, a incorporação majoritária do capital financeiro expressava-se na excessiva medicalização sobre os sujeitos, na privatização dos serviços de assistência e outras formas de lucratividade sobre a saúde. Entretanto, algumas ações voltadas a arena pública seguiram existindo, tornando o campo da saúde espaço de contradições e lutas com objetivos distintos. Esta condição, não era exclusiva da Saúde e por hora, era necessário aliar-se a outras fontes de mobilização na sociedade, até então marcada pela repressão e limitação dos direitos fundamentais.

Nesse contexto, surgiu o chamado movimento de reforma sanitária, por volta da década de 1970, no qual, “constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) [...]” (*apud* SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 205). Compreendia-se, que a prestação de serviços de saúde pública só seria possível em uma sociedade altamente comprometida com princípios e diretrizes que fossem ao encontro da igualdade, da liberdade e da participação social. Assim, iniciou-se amplas discussões, onde:

Esse amplo processo de mobilização e construção coletiva do direito à saúde se expande tanto em pré-conferências estaduais como em pós-conferências nacionais temáticas com uma pluralidade de temas como as Conferências

Nacionais da Saúde da Mulher (10-13/10/1986), Saúde da População Indígena (26-24/11/1986), Saúde do Trabalhador (1-5/12/1986) Saúde Mental (25-28/06/1987) (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 211).

A de maior impacto, que colocou de forma geral propostas para um novo modelo de gestão voltado ao sistema nacional de saúde foi a ocorrida na 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 na cidade de Brasília – DF. As temáticas colocadas em pauta foram saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (CNS, 1987). Bravo (2001, p. 9), afirma que este espaço “representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade”.

O relatório final da conferência possibilita verificar pontos de discussão que subsidiaram o novo modelo de organização de saúde no Brasil, ressalta-se aqui o eixo que trata “saúde como direito” onde traz um novo conceito de saúde, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, [...]”. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1987, p. 382), provocando pensar a saúde em um sentido ampliado.

Há também, a menção ao acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a descentralização político-administrativa e a proposta de avaliação coletiva das políticas de saúde promovendo o direito de participação comunitária por meio do controle social, necessidade de posicionamento do Estado para prover condições para tal funcionamento (CNS, 1987), entre outras conquistas asseguradas futuramente de forma constitucional.

Estas condições, proporcionaram um Sistema Único de Saúde que compreendesse as particularidades e necessidade de cada território e sujeito que o compreende, tendo em vista os múltiplos determinantes e condicionantes que podem incidir sobre a saúde da população e promovem distintas repercussões. Desta forma, tem-se como princípios doutrinários do SUS a:

[...] universalidade, equidade e integralidade. Segundo o material de Gestão Municipal em Saúde, o primeiro indica que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas; a equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, investir mais onde a carência é maior; e a integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar

uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (MEDEIROS; GUARECHI, 2009, p. 31).

Estes princípios, além de considerar o acesso universal e gratuito, possibilitam pensar o atendimento aos usuários dos serviços de acordo com suas realidades locais, sem prejuízo a este princípio. Já a integralidade, abarcou não só na sua eficiência na articulação dos níveis de atenção, políticas e programas, como também, leva em consideração o sujeito por trás daquela demanda e suas especificidades culturais, econômicas e sociais. Justamente por estes vieses, o movimento de reforma sanitária foi composto por distintas representações e vinculou-se a movimentos da educação, cultura, moradia, trabalho e outros, que resultou na ampla mobilização da sociedade civil, tendo como expressão significativa a constituição federal cidadã de 1988 com a reabertura democrática do país. Bravo, salienta que:

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2001, p. 10).

Em meio a estes processos instituiu-se a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19/09/1990, onde legitima e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990). Mesmo com as demandas do movimento sanitário incorporadas pela constituição federal de 1988, Campos (2006) destaca que a reforma sanitária ainda encontra-se incompleta, o que mostra a constante luta pelo processo de permanência e ampliação dos pressupostos legislativos. Isso se dá, pelo fato de que a incorporação da saúde e conseqüentemente da saúde mental, foi em meio ao que Boschetti e Behring (2007) chamam de contrarreforma.

As autoras afirmam que “os anos 1990 até os dias de hoje tem sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988” (BOSCHETTI; BEHRING, 2007, p.149). Dada constatação, abarca a postura estatal neoliberal, onde prioriza as “relações de mercado a cima das relações econômicas gestadas pelo Estado, tendendo a minimizar a intervenção estatal, e “maximizar” a gestão do mercado” (ABREU, 2017, p. 3), ou seja, proporcionar abertura ao capital na busca incessante ao acréscimo de lucro acarretando na reduzida margem de investimento público destinada a população, que resulta no impacto direto no que diz respeito às políticas sociais.

Tratou-se, como se pode observar, de “reformas” orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início nos anos 1980. Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros [...] (BOSCHETTI; BEHRING, 2007, p. 148).

O neoliberalismo, trata-se do referencial teórico dotado pelo Estado, onde “é possível observar a submissão dos direitos sociais a disponibilidade orçamentária e aos interesses econômicos, defendidos pelo Estado e pelo grande capital” (GASPAROTTO; GROSSI; VIEIRA, 2014, p. 10), não distante, o campo saúde também sofre rebatimentos desse cenário, uma vez que, sua trajetória de construção no país remonta um passado permeado pela polarização de interesses entre a esfera privada¹ e os propagadores da reforma sanitária (BRAVO, 2006).

4.2 Na esteira dos avanços: A visibilidade sobre a saúde mental

Dados rebatimentos, tanto das conquistas, como dos desafios postos até o momento, encontram-se também no campo da saúde mental que por sua vez integra-se a estes processos. De forma não isolada, a luta pela visibilidade e atenção é também oriunda da mobilização e luta de profissionais, famílias, usuários e instâncias a nível municipal, estadual e federal, com apenas um objetivo: a implementação da reforma psiquiátrica, inspirada pelo exemplo italiano de cuidado, para transformar o até então modelo hospitalocêntrico (1978-1991) adotado pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica, na esteira dos avanços em desenvolvimento da reforma sanitária, mesmo que permeada por particularidades, também se fez acontecer por instituições e ações promovidas pelos sujeitos imbricados ao processo e é “compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005, p. 6). Isso se dá, como uma crítica ao que vinha-se considerado comportamentos “anormais” na sociedade de classes, bem como, dirige-se a conceitos e cuidados reconstruídos sob outro ângulo, com a perspectiva de reconhecer esta população como sujeitos de direito.

¹ Buscam a reatualização do modelo antigo de atenção em saúde, tendo como características por exemplo a ênfase na atenção curativa e transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado (BRAVO, 2006).

Este cenário de transformações, deu-se como resposta ao caminho de violação aos direitos humanos por parte do Estado Brasileiro no atendimento as pessoas em sofrimento mental, e até mesmo daqueles (as) que nada demonstravam obter. O hospital psiquiátrico de Barbacena localizado no estado de Minas Gerais foi exemplo clássico desta afirmação, lá, sujeitos eram internados por motivos que não necessariamente envolviam patologias, anulando suas identidades e o pouco do que ainda possuíam enquanto vínculos afetivos, familiares e bens materiais (ARBEX, 2013).

Na sua narrativa, Arbex (2013) evidência o modo como os sujeitos eram tratados com condições mínimas para sobrevivência, seja na alimentação e estadia, ou nos modelos de tratamento e medicações distribuídos de forma generalizada sem a devida necessidade, além da incorporação de eletrochoques e outras questões que faziam deste, espaço de vivências e traumas irreversíveis. O país não possuía serviços e ações que condissessem a um atendimento em respeito a condição humana, bem como transgredia os limites em respeito a integridade física e moral dos sujeitos.

Como iniciativas primordiais na mudança deste cenário, tem-se os questionamentos oriundos da “[...] constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068). Estes, foram responsáveis por desenvolver atividades, como é o caso das conferências, cujo o propósito era ampliar discussões próprias da saúde mental, além disso, o movimento contribuiu de forma significativa ao movimento de reforma sanitária. Estas ações, resultaram na decisiva elaboração do I Congresso Nacional em Saúde Mental, onde logo estendeu-se ao II, evidenciando a pauta de uma sociedade sem manicômios.

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

A luta antimanicomial, particularizou-se como “movimento que visa assegurar os direitos humanos aos internos nos manicômios e que denuncia o tratamento desu-

mano nestas instituições (VIZEU, 2005 *apud* SOUZA, 2012, p. 47). A nível internacional, teve seu início a partir da segunda guerra mundial e denunciava os manicômios e práticas corriqueiras como a eletroconvulsoterapia, lobotomia e excessiva medicalização, ou seja, tinham o objetivo de construir a humanização na atenção ao cuidado. O movimento, foi de grande relevância para que estas afirmativas se consolidassem na legislação, já que mais tardar foram compreendidas em âmbito nacional. Não distante, o movimento antimanicomial caminha junto a outras lutas travadas pela sociedade:

As críticas ao tratamento e aos hospitais psiquiátricos emergiram no contexto das mudanças sociais ocorridas nas décadas de 60 e 70, sob o impacto da contracultura, dos movimentos feministas, dos movimentos civis em favor dos negros e dos homossexuais, do movimento hippie, entre outros. A luta pelos direitos humanos de diferentes grupos sociais deflagrou as denúncias de maus-tratos contra pessoas internadas em hospitais e clínicas psiquiátricas. Este contexto era um solo fértil para o florescimento das ideias antipsiquiátricas (SOUZA, 2012, p. 48).

O movimento tomou proporção e chegou a disseminar suas bases por países da Europa que passaram a substituir o antigo modelo asilar por comunidades terapêuticas. O país precursor a fortalecer e impulsionar a materialização deste movimento, foi a já citada Itália através de Franco Basaglia, no qual considerava a doença mental como algo inerente a condição humana e visualizava suas formas de enfrentamento a articulação entre o “ sujeito, a família, a comunidade e a sociedade no cuidado destas pessoas (ALVES *et.al*, 2009 *apud* SOUZA, 2012, p. 49). Além disso:

A noção de RP como processo social complexo, elaborada originalmente por Rotelli *et al* para se referir às estratégias de desinstitucionalização, tem sido adotada no Brasil no sentido de destacar a amplitude do processo, ressaltando que o mesmo não se reduz à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, em que pese a importância das mesmas (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2070).

Esta constatação, remete a necessidade de considerar a reforma psiquiátrica como dispositivo para o protagonismo e reconhecimento dos sujeitos marcados pela estigmatização, em que tiveram seus lugares de fala negados. Outro ponto, é a forma de considerar o sujeito e suas vivências e sua autonomia na relação com o espaço que ocupa, para promover o respeito e a cidadania. Com isso incluiu-se a noção da subjetividade ligada ao meio comunitário e social, pois:

A subjetividade é ligada a realidade social, abarcando uma série de características: uma organização libidinal; um imaginário social; a organização de vínculos sociais; valores ideais éticos e estéticos; símbolos culturais e significações; interiorização de normas; repressão de atos pessoais; formas de se relacionar com os sujeitos e objetos do mundo; relação entre o que pensa e o que se faz; entre outros (BISNETO, 2011, p. 183).

Com base nesta compreensão, percebeu-se a necessidade de visualizar os sujeitos para além das suas manifestações patológicas, o considerando como aquele que sente, age e manifesta-se de acordo com a sociedade e as relações sociais que o compreende. A disseminação da reforma psiquiátrica como exemplo de cuidados em saúde mental pelo mundo e seus resultados positivos, aliados as particulares transformações políticas, sociais e econômicas ocorridas no Brasil, – caracterizadas pela ruptura e substituição do modelo ditatorial pela via democrática com base legal da constituição federal de 1988 e a consequente incorporação dos direitos sociais, civis e políticos nas décadas subjacentes a do movimento –, tornaram-se pontos favoráveis a incorporação da reforma psiquiátrica na agenda da saúde pública brasileira.

Consequentemente, destas lutas surgiram o primeiro Centro de atenção Psicossocial no país em 1987, outra ação de repercussão nacional foi a ocorrida em Santos (SP), onde a secretaria municipal passou a intervir e demonstrar que o modelo adotado de asilamento não apresentava resultados positivos quando relacionado a nova iniciativa, ainda em construção (BRASIL, 2005). Diante disso, surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimento 24 horas e outras instâncias organizativas e/ou de cuidados, a cidade então, “passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira” (BRASIL, 2005, p. 7).

Daí, houve a expansão e reconhecimento por parte da população e do Estado brasileiro sobre a saúde mental. Hoje, o Centro de Atenção Psicossocial é uma das instituições referência para os cuidados voltados a temática, sendo este, serviço que integra o Sistema Único de Saúde – SUS, que quando “instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988” (BRASIL, 2004, p. 13).

Os CAPS então, tornam-se responsáveis pela materialização da lei 10.216 de 2001, marco para incorporação da saúde mental no SUS, junto a outras instituições que também formam a rede de atenção à saúde mental, onde integram Unidades Básicas de Saúde (UBS), atenção de urgência e emergência, equipe de Consultório de

Rua, Atenção Hospitalar, entre outros, com respaldo da portaria nº 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011). Este conjunto de ações e serviços de forma articulada:

[...] possibilita uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2072).

A rede de atenção dos dias atuais, caracterizam-se por avanços importantes para o acolhimento e compreensão dos sujeitos em seu sentido singular, incentivando-se o cuidado no território comunitário e o convívio familiar. Compreende-se, que “soamente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais” (BRASIL, 2005, p. 26).

É importante ressaltar que estas transformações não deram-se de forma instantânea, pois o novo horizonte sobre a saúde mental necessitava de respaldos legislativos e normativas para sua materialização. É o caso do desafio da redução de leitos hospitalares que gradualmente foram sendo substituídos pelo incentivo as instituições no território onde os sujeitos encontram-se. Como mecanismo que contribuíram com isso, estão programas de avaliação e controle dos leitos hospitalares “[...] assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas” (BRASIL, 2005, p. 13).

O Programa de Volta para Casa “trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios” (BRASIL, 2005, p. 17). Isto se dá, pela possibilidade dos sujeitos em ampliarem suas relações em sociedade, desfrutando do lazer, direitos civis, políticos e outras questões para o exercício da autonomia. Além disso, o governo federal na época de implementação, garantiu um valor mensal para manutenção de custos materiais.

Toda via, em meio a estas lutas e conquistas, cabe questionar a posição do gênero feminino nestes processos. Assim, o próximo tópico apresenta os esforços

travados pelas mulheres na busca pelo reconhecimento e incorporação de suas pautas na construção da saúde pública brasileira.

4.3 Mulheres em movimento: gênero e integralidade em pauta

O movimento feminista, em seu constante desenvolvimento, foi e ainda é, catalizador de conquistas para o campo social, econômico, cultural e político voltado ao segmento feminino. Possui como marco histórico internacional mais reconhecido, o século XIX, sendo compreendido por dar início as chamadas “ondas” ou fases, que remetem a visibilidades de demandas que correspondam a um período histórico em questão (BOLZAN, 2015). No entanto, as reivindicações abrangentes ao movimento, foram poucas, para gradualmente ampliarem-se no entendimento sobre os múltiplos contextos e realidades que marcam o cotidiano das mulheres, na sua singularidade.

É no bojo do movimento feminista que as desigualdades entre homens e mulheres são questionadas, assim como, a contestação aos ideários patriarcais que historicamente estabeleceram uma relação hierárquica entre ambos os sexos, a qual confere à mulher um papel de inferioridade e subalternidade em relação ao homem (BOLZAN, 2015, p. 25).

A primeira onda do feminismo, marca a reivindicação do direito ao voto e mais espaço no âmbito público, já a segunda ramificou-se a necessidade de dar visibilidade a experiência feminina e da igualdade entre homens e mulheres nas décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos e na França (BOLZAN, 2015). A intitulada terceira onda do feminismo, incorporou uma nova compreensão sobre ser mulher e o conjunto implicações em volta disso, é neste ponto onde insere-se uma nova discussão, a do gênero.

Incluir a temática de gênero aqui é considerar que na nomeação entre feminino e masculino “nada há de puramente natural e dado em tudo isso: ser homem e ser mulher constituem-se em processos que acontecem no âmbito da cultura” (LOURO, 1997, p. 18). A categoria gênero passou a ser teorizada pelo movimento feminista no intuito de propagar o “pensamento de desnaturalização biológica das categorias de homem e mulher e da construção da dimensão social e cultural das noções de feminino e masculino (CORRÊA, 2002 *apud* CAMPOS, 2016, p. 37). Pensar o gênero, também perpassa pensar sua legitimação, ou seja, aquilo que corresponde a construção e reprodução da identidade feminina ou masculina.

[...] a família, a escola, os meios de comunicação, a linguagem, os símbolos e mitos, o sistema jurídico-político, a divisão social do trabalho, o sistema de parentesco, as instituições médicas, cumprem seu papel socializador, tanto na organização, como na regulação e reprodução das relações de gênero (GAMA, 2009, p. 83).

Importante ressaltar que a categoria gênero aqui, é compreendida não apenas nas impressões culturais impostas sobre os corpos e modos de ser, mas compreende a totalidade da estrutura societária como também sendo parte dos fenômenos da opressão e exploração sobre pessoas do gênero feminino, sem tornar as singularidades fragmentadas e distantes, para isso, guia-se pela perspectiva marxista de análise, onde

Os movimentos sociais devem, portanto, ter como cerne a luta de classes. O que se defende não é a neutralização ou anulação das diferenças, mas a percepção de que o movimento feminista deve convergir para os aspectos político e social. Do contrário, só se fragmentam e pulverizam as mulheres, o que não contribui para a luta por elas empreendida (CISNE, 1999, p. 3-4).

Estas questões, reproduzidas e construídas socialmente, formam impacto significativo no modo de ser e estar no mundo, pois a que se ressaltar, que os fatos objetivos e externos, não anulam os fenômenos subjetivos e internos. O modo como se expressam os valores, sentimentos, posturas e ações estão intimamente ligados com os processos sociais que circundam os sujeitos. Para Marx “a essência humana não é algo abstrato, interior a cada indivíduo isolado. É, em sua realidade, o conjunto das relações sociais (IAMAMOTO, 2001, p. 38 *apud* CISNE, 1999, p. 5).

No que tange ao contexto brasileiro, “o movimento feminista surge na década de 1970, momento de efervescência dos movimentos sociais no país, caracterizando-se pela resistência e luta contra a ditadura militar” (BOLZAN, 2015, p. 35), formando um misto de reivindicação coletiva, bem como, de suas próprias demandas, distinguindo-se de um campo homogêneo, tendo em vista as distintas lutas que envolviam as mulheres. Entram nesta questão, as pautas voltadas a saúde e logo aliam-se ao movimento de reforma sanitária.

Assim, o movimento feminista se integrou às discussões da Reforma Sanitária no contexto do conceito ampliado em saúde. A partir disso, o Ministério da Saúde cria em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surge como algo inovador na intervenção à saúde da mulher, contemplando a perspectiva de integralidade da atenção (BOLZAN, 2015, p. 37).

Este momento, foi de grande significado, pois abriu margem a compreensão das situações de saúde vivenciadas pelas mulheres sob a ótica integral e não fragmentada, que serviu de impulso na formulação do SUS tendo como base o princípio da integralidade (BOLZAN, 2015). No ano de 2004, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher foi reformulada para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, incluindo em suas considerações a abordagem de gênero, sexualidade, raça, etnia e cor, contemplando as lutas contínuas iniciadas pelos movimentos e sujeitos anteriores. A política, busca contemplar um maior comprometimento em relação a realidade social e as concretas necessidades das mulheres que buscam e acessam os serviços.

Entende-se, que as violações constantes promovidas pela sociedade patriarcal, podem ser exemplos a responsabilização por atividades domésticas, violências gênero, privação dos direitos e de expressar suas vontades, negação do acesso a mercado de trabalho, gravidez indesejada, entre outras opressões, deve ser apontada diante os atendimentos. Isso faz-se necessário, tendo em vista “que nos processos de saúde-doença estão presentes os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres [...] (GAMA, 2009, p. 84).

Esta perspectiva ampliada de cuidados, vem no intuito de que o processo de cuidado e acompanhamento não caia sobre as armadilhas da isolada e excessiva medicação e reprodução de conceitos moralizantes onde as responsabilidades direcionam-se apenas aos sujeitos. É preciso estabelecer um atendimento pautado pela acolhida, onde receba-as com o objetivo de escuta e respeito a suas vivências, já que o fato de as levar até um espaço pode sinalizar outro aspecto da vida cotidiana que necessite de reconhecimento e atenção.

Araújo (2015, p. 58), ressalta a importância de “apoiar para que as mulheres sintam-se fortalecidas para contar as suas histórias, as causas reais de seu sofrimento e reconhecimento das dimensões físicas, psicológicas e sociais que condicionam suas vidas”. Este trajeto é também responsabilidade do Estado, por meio da operacionalização de políticas públicas e sociais, programas e outras ferramentas que possibilitem a materialização de serviços comprometidos, não só na compreensão das relações assimétricas, mas que possuam possibilidades rompimento diante a este cenário.

A transformação da condição feminina é entendida como um processo que necessita verificar-se em todos os planos que compõem a vida social: econômico, cultural, político etc. Para isso, é necessário que haja um esforço essencial do Estado, por meio das políticas públicas, em que não podem estar ausentes o asseguramento dos gastos em saúde, o término das distancias entre os serviços de saúde públicos e privados, a participação da sociedade, entre outros (GAMA, 2009, p. 87).

No que tange a saúde mental, alvo deste estudo, compreende-se que há uma homogeneidade no modo como as políticas desenvolvem o atendimento voltado a saúde mental, o que suscita investigar como isso tem sido encarado pelas instituições. Para Araújo (2015, p. 63) o cuidado e atenção integral “devem estar integradas com as políticas gerais da saúde da mulher e de saúde mental, ou seja, na atenção básica, na média e alta complexidade” e ainda ressalta o desafio da rede de cuidados diante da possibilidade de articulação, seja na questão de organização entre os profissionais ou na disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros.

Para Vargas e Negrão (2015), a discussão de gênero ainda é encarada com pouco conhecimento e preparo dos profissionais, quando tendem a reduzir as situações das mulheres a rótulos e juízos imediatos, sem considerar as representações e significados simbólicos impressos sobre a realidade e suas vontades, o que implica no alerta da oferta de estudos continuados direcionado aos profissionais na ampla rede de saúde, já que todos esses, tem como público mulheres. Gama (2009), nas suas contribuições ressalta a importância de:

[...] refletir sobre as representações que os trabalhadores (as) de saúde têm a respeito das mulheres demandantes, na medida em que, por sua vez, determinam representações sociais acerca das necessidades de saúde das mesmas (GAMA, 2009, p. 89).

Nesta linha de pensamento, busca-se investigar no próximo capítulo o modo como tem-se constituído os atendimentos voltados a saúde mental das mulheres acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial I no município de Itaqui/RS. Os pontos a serem evidenciados são frutos das aproximações voltadas a temática no componente curricular de Pesquisa II, onde apontam-se pontos importantes na identificação da problemática, além de contribuir nos futuros atendimentos e desenvolvimentos dos serviços em meio institucional.

5 UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO LOCAL DO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS

Neste capítulo, ressaltam-se pontos importantes sobre o Centro de Atenção Psicossocial I Sentimentos do Município de Itaquí/RS, elenca-se sua dinâmica e desenvolvimento das atividades, considerando suas particularidades, o perfil das usuárias que acessam o serviço, suas demandas e as estratégias de atendimento propostas pelos (as) profissionais e instituição. Tal caminho, oportuniza conceber se os atendimentos estão sendo atendidos sob a ótica integral do cuidado, partindo da realidade concreta manifestada pelo cenário onde os sujeitos encontram-se.

5.1 Contextualizando o Centro de Atenção Psicossocial I de Itaquí

Os CAPS são parte da rede substitutiva ao antigo modelo de atenção à saúde mental, tem o intuito do fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e reordenação das linhas de cuidado voltado a pessoas em sofrimento mental ou que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, comprometendo seu bem-estar mental, físico e suas relações em sociedade. São regulamentados através da portaria 336º (BRASIL, 2002), onde caracterizam sua estrutura, organização e serviços a seres disponibilizados a população. O de modalidade I (um), alvo deste estudo, são

[...] instituídos em municípios cuja população seja restrita entre 20.000 a 70.000 mil habitantes (BRASIL, 2002). Pertence ao município de Itaquí – Rio Grande do Sul, mais precisamente na rua Humberto Degrazia nº 721 no bairro Várzea. Sua população é estimada em 37.757 mil pessoas no ano de 2018, tendo área territorial de 3.406,606 km² registrado no ano de 2017, sendo esses dados fornecidos pelo IBGE (2018) (*apud* PATTA, 2018a, p. 5-6)

Salienta-se aqui, a importante consideração sobre o território, categoria que vem ocupando corpo significativo na constituição das políticas sociais. Caracteriza-lo torna-se necessário, uma vez que um país permeado por particularidades culturais, regionais, econômicas e sociais – como é o caso do Brasil – exige um olhar diferenciado na viabilização das ações e serviço para cada espaço geográfico. Parte-se da compreensão de que:

Os territórios se constituem a partir da dinâmica econômica e também a partir da identidade de seus moradores. Em um movimento dialético, os territórios são constituídos pelos sujeitos reais que aí se fixam, com suas identidades,

valores, perspectivas. Ao mesmo tempo em que se organizam enquanto espaço, produzem novas identidades e subjetividades (FARAGE, 2014, p. 260).

Na Política de Saúde Mental o “[...] termo território adquiriu particular relevância com a reforma psiquiátrica e a contraposição entre serviços centrados no hospital psiquiátrico e serviços comunitários (FURTADO *et al*, 2016, p. 2). A partir deste marco, as estratégias de territorialização servem de base para o desenvolvimento da atenção e cuidado, onde considere as relações comunitárias e familiares e demais vivenciais construídas pelos sujeitos. É também, formação de novas práticas em saúde mental, tendo em vista o reconhecimento dos sujeitos como um todo, o que implica refletir sobre suas singularidades, onde e como encontram-se, as simbologias que os perfazem, rompendo lógicas subalternizantes do período passado.

Discutir território, significa:

[...] ir além dos limites geográficos como país, estado, cidade, bairro, vila ou vilarejo, pois simboliza também as relações estabelecidas entre as pessoas que habitam o local – já que estas são responsáveis pela dinâmica da realidade expressa –, as instituições que frequentam, interesses, conflitos [...] (PATTA, 2018a, p. 6).

Como Sposati afirma, “território é dinâmico, pois para além da topografia natural, constitui uma “topografia social” decorrente das relações entre os que nele vivem e suas relações com os que vivem em outros territórios” (2008, p. 9). Sua existência então, sucede das particularidades próprias deste contexto local:

[...] inaugurado em 21 de junho de 2012 sob CNPJ 12.187.088/0001-81 e é um dos dois existentes na cidade – sendo o outro intitulado Mentes Brilhantes –, onde de acordo com o Assistente Social, sua criação partiu da demanda excessiva de usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e apenas uma instituição especializada não davam conta da atenção e cuidados voltados a esta população. O local destinado a implementação é perto da área central da cidade onde concentra-se o comércio, enquanto espaços de lazer pode-se ressaltar a praça e cais do porto, outras instituições também estão ao redor, como escolas, presídio, e unidade básica de saúde, ministério público e prefeitura (PATTA, 2018a, p. 7-8).

A instituição possui como valores a “persistência, inclusão, esperança, respeito e gratidão (PATTA, 2018a, p. 12), além de obterem como objetivos:

[...] proporcionar a comunidade Itaquense a realização de um serviço voltado para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso abusivo de substâncias químicas bem como de transtornos mentais. A equipe do CAPS além de trabalhar as consequências do uso e abuso de drogas, visa o regate de valores que são importantes para que se consiga fazer mudanças significativas no modo de cuidar e tratar o

sujeito que faz uso abusivo de drogas, juntamente com sua família (PATTA, 2018a, p. 12)

Para o alcance dos objetivos e proposições no qual a instituição disponibiliza-se exercer, estratégias que envolvem a família, os (as) usuários (as) e população em geral são desenvolvidas, perpassando questões internas e de articulação a outras áreas da rede. Em referência a isso, há a realização de grupos, oficinas terapêuticas, aulas de informática, cursos voltados a formação profissional e alfabetização, por meio do Programa ALFA – Alfabetizando para profissionalizar², consultas médicas com clínico geral e psiquiatra, acompanhamento individual com psicólogas (os), oferta de medicação e serviço ambulatorial (PATTA, 2018a).

Já referente a articulação com outros pontos da rede, esta, da-se na aliança dos profissionais em reuniões junto a rede de proteção, articulação as escolas por meio do Programa Saúde na Escola e na promoção de atividades ligadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) em conjunto a Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro. Incentiva-se ainda a participação dos (as) usuários (as) na conferência municipal de saúde, atividades comunitárias, como exemplos evidenciam-se os festejos da semana farroupilha, setembro amarelo, jogos de futebol em parceria com outros centros de atenção da região, parada gaúcha do orgulho louco, entre outras ações que potencializem as relações entre os (as) usuárias e a comunidade externa (PATTA, 2019). Assim,

[...] a equipe empenha-se para proporcionar atividades, que através do plano terapêutico singular desenvolvam atividades e grupos que promovam o respeito a singularidade do usuário, bem como, buscam desenvolver novas relações sociais, através da construção de processos que valorizem e estimulem suas potencialidades, garantindo o atendimento ao usuário na sua integralidade, promovendo o acesso aos serviços de saúde, educação, cultura, esporte e lazer (PATTA, 2018a, p. 13-14).

Observa-se a presença da intersetorialidade como fator fundante das ações promovidas pelo serviço, constituídas pelo esforço de uma atuação conjunta a outras políticas e grupos sociais. Situações que expressam, o quão imprescindível é a incorporação de um movimento coletivo para construção de novas proposições em cuidados na saúde mental, compondo um espaço que fomente o reconhecimento dos su-

² Programa ofertado em parceria com SENAR – RS.

jeitos enquanto cidadãos atuantes no espaço público, seu protagonismo e suas resistências cotidianas. Os/as autores/as adiante, preconizam estes posicionamentos, onde afirmam que:

Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 650 *apud* SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 372).

Estas ações, são realizadas por uma equipe multidisciplinar, onde pressupõe o respeito e cooperação entre os saberes oriundos de diferentes áreas de forma horizontal, ao afirmar isso, não significa a diluição de conhecimentos em outros, mas sim agregar as intervenções novas possibilidades de resposta a necessidades dos sujeitos que demandam atenção (GUERRA; COSTA, 2017). Esta abordagem, mostra-se como importante mecanismo de compreensão sobre os processos que interferem na saúde e qualidade de vida de forma multidimensional, no CAPS I Sentimentos, estão representadas em uma equipe composta por:

1 auxiliar administrativa (concurada), 1 secretaria (contratada), 1 coordenadora (concurada), 1 psicóloga (contratada), 1 Assistente Social (contratado), 1 médica Clínico Geral (contratado), 1 médico Psiquiatra (contratada), 1 Enfermeira (concurada), 1 Técnica de Enfermagem (concurada), 1 Acompanhante Terapêutica (contratada), 1 Cozinheira (contratada), 1 Educador Físico (contratado), 1 Artesã (contratada), 1 Zelador (concurado) e 1 Motorista (concurado) (PATTA, 2018a, p. 26).

Como elemento essencial para dispor destas práticas, evidencia-se questões de infraestrutura, no qual ocupa-se de:

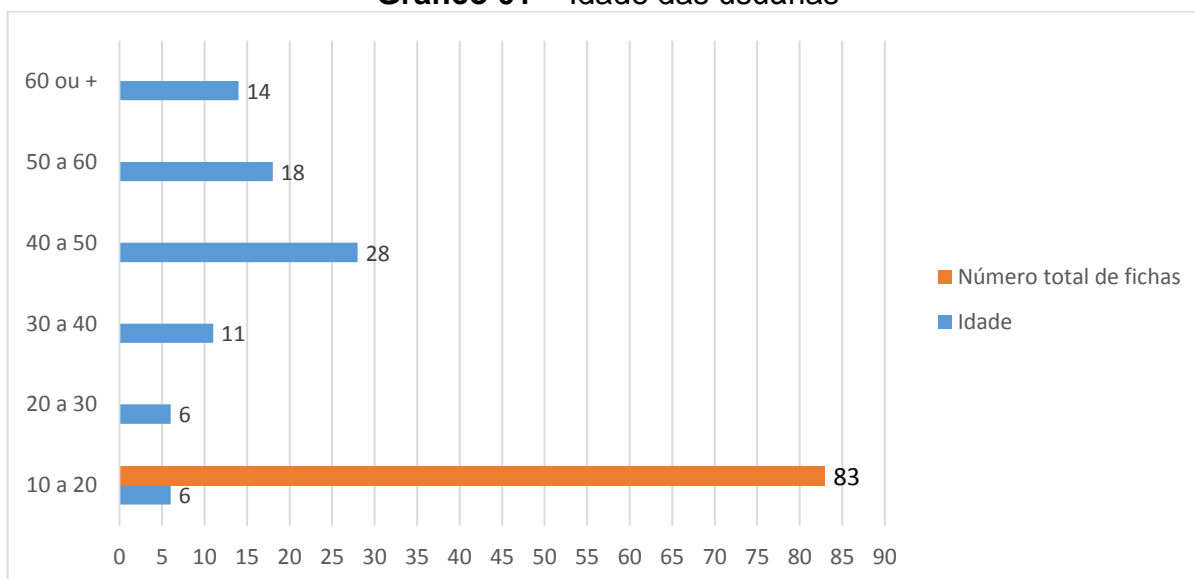
Sala administrativa, corredor, recepção, sala de repouso, sala de estar, sala para grupos, sala de artesanato, duas salas para consultório, dois banheiros, sendo um interno e outro externo – adaptado para pessoas com deficiência – , cozinha, refeitório, depósito e pátio (PATTA, 2018a, p. 27).

A seguir, sinalizam-se aspectos sobre a população usuária feminina da instituição. Ressalta-se, que os dados elaborados para o documento no período em questão são oriundos das experiências de estágio I e II, o que corresponde a prática profissional da instituição e não a uma delimitação de tempo, mas a continuidade nos atendimentos/tratamentos. Embora a delimitação do período seja importante para a construção destes indicadores, tal estudo sistematiza de forma mais abrangente os acompanhamentos.

5.2 O perfil das mulheres que acessam o serviço

Parte-se de uma contextualização geral da instituição, para neste momento, adentrar aos aspectos específicos das usuárias que a acessam. Neste item, há destaque ao perfil destas mulheres, onde emergem informações sobre idade, escolaridade e profissão. A incorporação do debate, surge na perspectiva do importante reconhecimento sobre aspectos que perpassam o público usuário da política, na qual são destinadas as ações profissionais. Isso garante que novas tendências sejam incorporadas as práticas interventivas, afirmando a visão holística sobre os sujeitos. Patta (2018a, p. 14), refere que há [...] mulheres com idades variadas em todas as faixas etárias, com exceção de crianças com idade inferior a dez anos. O gráfico a seguir, exemplifica este percentual:

Gráfico 01 – Idade das usuárias



Fonte: PATTA, 2018a. **Elaboração:** Vanessa Soares Patta.

Conforme exposto, mulheres entre quarenta (40) e cinquenta (50) anos de idade, formam quantitativamente maior número de usuárias que acessam o CAPS I em uma dada frequência, logo, seguem o grupo dos cinquenta (50) a sessenta (60) anos ou mais. Ao sobressair o número expressivo de idades avançadas, torna-se inevitável reportar-se a reflexão sobre o processo de envelhecimento humano³, que leva

³ “O envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, ele acontece desde o momento em que viemos ao mundo” (SILVA, 2009, p.15).

a inevitável aproximação com a velhice, período permeado por questões ímpares e transformações significativas a nível pessoal e coletivo na sociedade.

Ao emergir a discussão, pressupõe-se que na medida que as pessoas envelhecem novos desafios surgem, seja na relação com o reconhecimento em estar “velha”, ainda pouco discutida e carregada por estigmas culturalmente estabelecidos, ou nas implicações em âmbito do bem estar e qualidade de vida deste segmento, onde devem abarcar um conjunto de ações que envolvam aspectos com a preocupação física, social, e mental por parte dos sistemas de proteção social. O conceito de velhice possui diferentes interpretações que variam de acordo com a área de estudo, perpassam compreensões biológicas, psicossociais e antropológicas (ZANELLO; SILVA; HENDERSON, 2015). Sem negar a importância dos dois primeiros vieses, destaca-se que:

Segundo um viés sociológico/antropológico, a velhice deve ser compreendida a partir dos diversos contextos sociais, culturais e políticos em que ela se insere e através dos quais ela é interpretada. Assim, dentro de uma mesma sociedade como a nossa, encontramos no fenômeno do envelhecimento especificidades importantes no que tange a diferenças raciais, de gênero e de classe econômica que dão a este processo determinadas facetas (ZANELLO; SILVA; HENDERSON, 2015, p. 544).

Ou seja, dentro do processo multidimensional que a velhice promove, existem diferentes formas de vivenciá-la, variando de acordo com cada sujeito. Ao recortar o debate a construção do gênero feminino reproduzido pelas relações em sociedade, é possível visualizar aspectos específicos engendrados a identidade “do ser mulher”, ainda mais marcados no período em questão, como é o caso do cuidado essencial com o outro/a, a renúncia ou contenção da atividade sexual, responder aos padrões estéticos exigidos, se perceber longe de alcançá-los (ZANELLO; SILVA; HENDERSON, 2015).

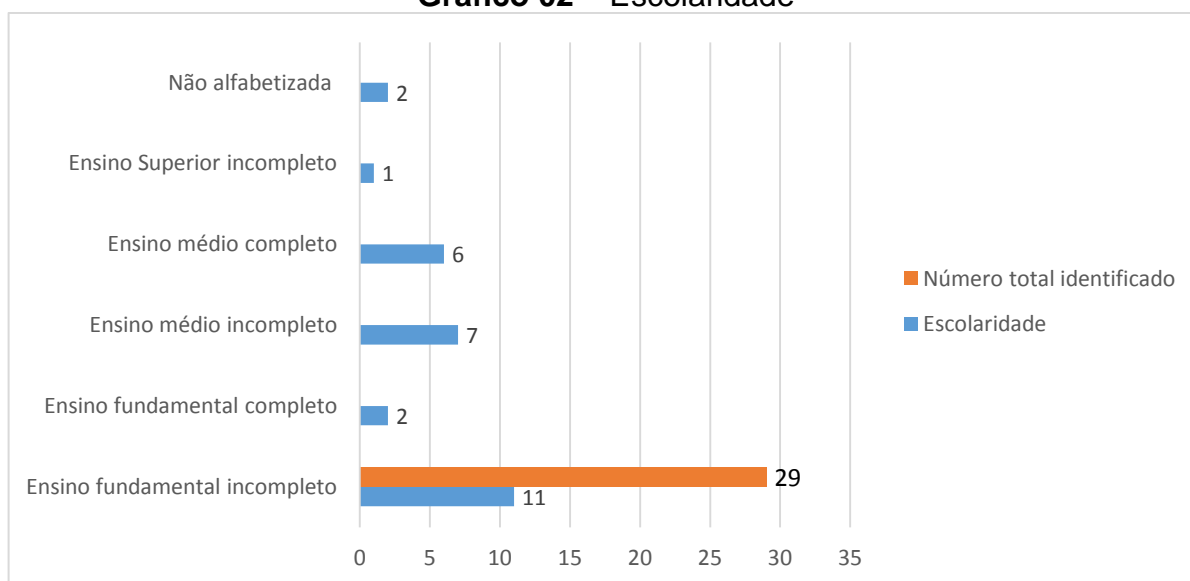
Esses e outros rebatimentos ocupam o pensamento social, colocando o insistentemente desafio em considerá-los, não apenas pela via de compreensão, como também pela promoção de espaços de escuta, reflexão e proposições diante desta realidade tão essencial a um país que vive uma transição demográfica na sua atual conjuntura. Já no que tange a escolaridade, observa-se que dentro dos números identificados

(29)⁴, há ausência de mulheres com ensino superior completo e uma prevalência da baixa escolaridade.

O ponto mostrado no item 4.1 sobre a contextualização da instituição, onde sinaliza a promoção do programa Alfa, caracterizado pela oferta de ações que envolvem ensino, leitura, entre outros aprendizados voltados a educação e profissionalização, apresentam-se como respostas a este ponto. No entanto, é importante ressaltar a potencialização em ocupar espaços no território, onde não apenas resumem-se a endógena inserção na instituição, mas também partilhar de outros locais públicos, não restringindo-se a um local específico que acabe segregando a população em sofrimento mental.

Já as escolaridades, apontam para a identificação de apenas vinte e nove (29) fichas, destas, duas (02) não alfabetizadas, onze (11) possuem ensino fundamental incompleto, sete (07) não concluíram o ensino médio e uma (01) o ensino superior. Seis (06) possuem ensino médio completo e duas (02) o ensino fundamental completo. Tal questão é exemplificada a seguir:

Gráfico 02 – Escolaridade



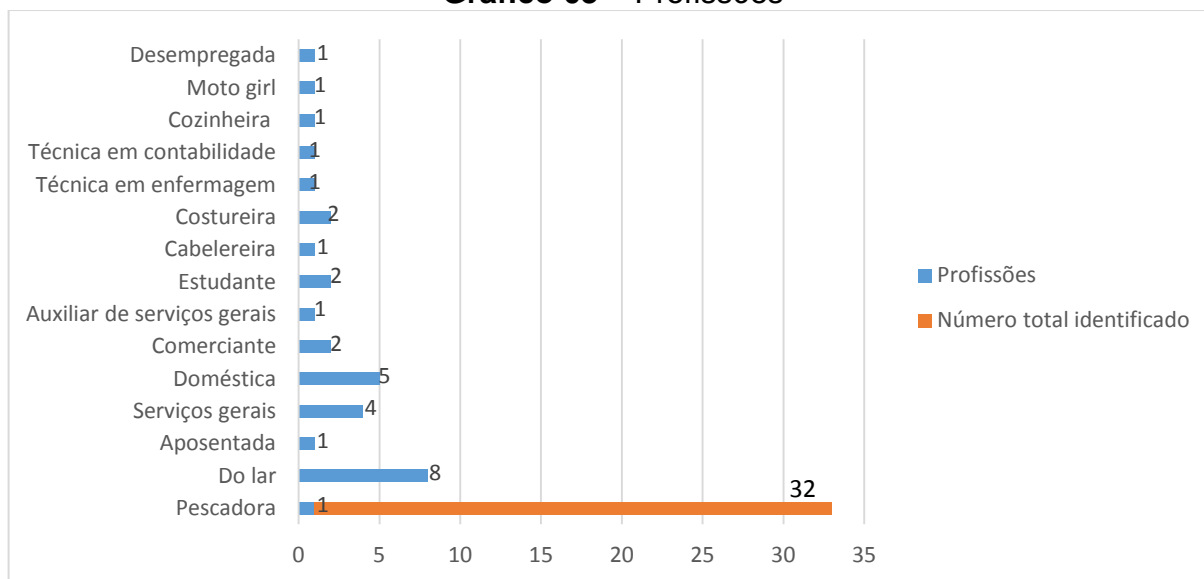
Fonte: PATTA, 2018a. **Elaboração:** Vanessa Soares Patta.

As profissões identificadas correspondem trinta e duas (32) ocupações distribuídas, a mais abrangente neste segmento é denominada “do lar” (08), seguido de doméstica (05) e serviços gerais (04). Além do mais, encontram-se costureira (02),

⁴ Número de identificados refere-se à totalidade em meio as 83 fichas disponíveis, informadas apenas nos gráficos 01, 04 e 05, sua ausência nos gráficos 02 e 03 servem para melhor visualização dos dados por parte do (a) leitor (a).

estudante (02), comerciante (02), desempregada (01), moto *girl* (01), cozinheira (01), técnica em contabilidade (01), técnica em enfermagem (01), cabelereira (01), auxiliar de serviços gerais (01), aposentada (01) e pescadora (01). Ao evidenciar a fragilidade na continuidade no acesso a Política de Educação, conseqüentemente há o rebatimento na inserção no mercado de trabalho, como percebido no gráfico 03, o que deu espaço para considerar a “profissão do lar” como majoritária.

Gráfico 03 – Profissões



Fonte: PATTA, 2018a. **Elaboração:** Vanessa Soares Patta.

Com toda razão, esta perspectiva é provocadora de inquietações, pois historicamente, a sociedade patriarcal desenhou espaços com marcações próprias, sejam étnico-raciais, de classe e gênero, estabelecendo padrões machistas e desiguais, o que implica levar as mulheres a posições subalternas quando relacionadas ao acesso à educação, salário, profissão, entre outros espaços da vida em sociedade. Tal relação, leva a discussão marxista sobre divisão sexual do trabalho, onde:

Segundo Daniele Kergoat (2003) a divisão sexual do trabalho tem por características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva. Está baseada em dois princípios: 1) há trabalhos de mulheres e trabalhos de homens, separando-os; 2) um trabalho exercido pelo homem é mais valioso do que um trabalho exercido pela mulher, hierarquizando os trabalhos por sexo. [...] nessa divisão, as mulheres realizam tarefas e espaços de poder diferenciados dos homens, dentre elas, as tarefas domésticas, atribuindo prioritariamente às mulheres a responsabilidade com os cuidados do lar (*apud* BARBOSA; SOARES, 2011, p. 8-9).

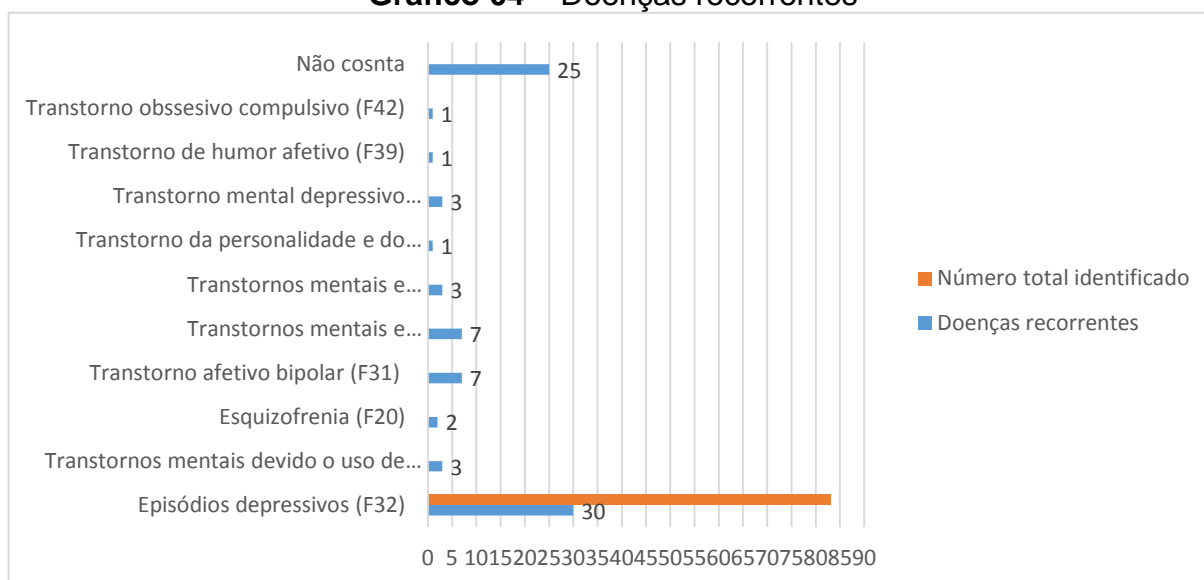
Assim, interpreta-se que a mulher possui a profissão de cuidar da casa, dos filhos e da família, uma ação interpretada como natural e irrelevante, sem nenhum

ressarcimento pelas tarefas desempenhas, diferente do segundo espaço ocupacional mais elencado, a doméstica, que nada mais são as funções da vida privada no espaço público. Observa-se a ausência de outras informações consideradas relevantes, como é o caso de informações étnicas raciais/cor e renda, onde poderiam vir a somar no reconhecimento das demandas e proposições futuras a níveis interventivos e de gestão da política pública.

5.3 Evidenciando demandas

Os episódios depressivos (30) é o adoecimento mental com maior decorrência entre pessoas do gênero feminino, seguido dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo do álcool (07) e transtorno afetivo bipolar (07). Logo, vem os transtornos mentais e comportamentais devido uso de substâncias psicoativas (03), transtorno mental depressivo recorrente (03) e transtornos mentais e comportamentais devido uso do fumo (03). Os transtornos como esquizofrenia (02), transtorno obsessivo compulsivo (01), transtorno da personalidade do comportamento adulto (01) e transtorno de humor afetivo (01) constam com menores índices, como elucidado a baixo:

Gráfico 04 – Doenças recorrentes



Fonte: PATTA, 2018a. **Elaboração:** Vanessa Soares Patta.

Um segundo documento que compõe a análise dos dados também emerge a depressão como demanda institucional recorrente, onde afirma que, “(os) profissionais sinalizaram adoecimentos mentais, sendo o mais elencado a depressão, “As pessoas

chegam aqui, “mega depressivas”, como eu digo, né? Penso assim. Acho que das mulheres a grande maioria [...]” (P1) (PATTA, 2018b, p. 13). Segundo Gonçalves *et.al* (2018, p. 102), “os transtornos depressivos constituem grave problema de saúde pública devido sua alta prevalência, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial.

Gonçalves *et.al* afirma ainda que, em uma Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, foi identificada a prevalência da doença em mulheres vivendo nas áreas urbanas, com escolaridade baixa e com condições crônicas de saúde (GONÇALVES *et.al*, 2018). A partir dessa linha de pensamento, há a necessidade de compreender este aspecto, não apenas pela ótica patológica de manifestação, mas sim, pelo viés dos múltiplos fatores que englobam fenômeno. Ao negligenciar este prisma, logo, perderia-se de vista contribuições importantes no desvendamento dos altos índices de depressão.

Ao considerar o perfil das usuárias até aqui constituído, com a prevalência da maturidade, baixa escolaridade e reduzida inserção no mercado de trabalho, é possível prescindir especificidades interligadas ao sofrimento mental. Tais informações implicam na apreensão sobre a organização e metabolismo societário instituído e reproduzido pelas relações sociais, pois figuram significativo impacto na vida da classe trabalhadora, em especial, as mulheres, podendo repercutir nas situações de saúde. Em meio as variáveis formas interpretativas da realidade, cabe aqui destacar a questão social como elemento essencial para a discussão, já que suas refrações incidem cotidianamente sobre os sujeitos, com diferentes manifestações.

A questão social é compreendida como resultado do conflito entre capital e trabalho, constituindo-se na desigual distribuição de recursos produzidos coletivamente em detrimento da divisão social de classes, pautada pela apropriação constante do acúmulo de lucro por parte de uma pequena parcela da sociedade através da exploração da força de trabalho da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 1999). Como manifestação deste modelo de sociabilidade, há a reprodução de fatores como a pobreza, desigualdade social entre outras formas de dominação/exploração, porém, também abarca a dimensão de resistência e enfrentamento diante destes processos.

Assim, ao desvendar as implicações por trás de um sofrimento mental, apenas questões biológicas diluem-se. Pois, como pensar este aspecto sem considerar os sujeitos, as trajetórias construídas ao longo de sua existência, modos e condições de vida, substancialmente condicionados por uma sociedade, onde as condições de

acesso a bens e serviços são assimétricas e reproduzem diversas formas de dominação e exploração. Não há como deslocar os fenômenos sociais da repercussão dos sofrimentos mentais, o que significa, desnaturalizar os altos índices de depressão sobre gênero feminino, questionando os aspectos unicamente medicamentosos elaborados para seu enfrentamento, o que perpassa a essencial reelaboração interpretativa voltada a questão. Assim, ao considerar os fenômenos sociais imbricados, é possível protagonizar novos sentidos e conseqüentemente visualizar outros caminhos de acordo com os preceitos de reforma psiquiátrica, protagonizando uma justa posição antimanicomial. A direção desta proposição, não significa

[...] neste caso, de questionar as habilidades técnicas necessárias para o fato, mas sim, de se perguntar se este processo não é, de certa maneira, reflexo de uma medicalização do sofrimento feminino que, muito além de um sintoma, é produto de uma vida repleta de violências e não-garantias de direitos. A relevância destes questionamentos está pautada sobre a percepção de que, em muitos casos, há o estabelecimento de diagnósticos que desconsideram, por exemplo, questões de gênero (BOEFF, 2019, p. 65).

Ao negligenciar a apreensão do gênero, ocorrem armadilhas que não apenas referem-se a uma simples incongruência, mas envolve a repercussão no modo como será desenvolvido os aspectos de continuidade no acompanhamento e tratamento das usuárias. Um exemplo claro emergido na pesquisa, é a naturalização de características consideradas como próprias do “ser mulher”. Uma realidade vivenciada e reproduzida no âmbito da cultura, como é o caso do cuidado como algo primordial por parte do gênero feminino, estando presente na relação com os filhos (as), companheiros e familiares. Ocasionalmente, o cansaço e a sobrecarga emocional apresentam-se, uma vez que, é centrado a esta figura uma série de outras atividades que envolvem o gerenciamento com a casa, a vida pessoal e de terceiros que dela necessitem, como disposto a seguir:

[...] as vezes elas se sentem na obrigação, porque o papel delas é proteger, é cuidar e se elas não cuidarem, se elas se afastarem elas vão ta sendo negligentes, não vão estar sendo boas irmãs, mulheres, esposas e isso acaba gerando um sofrimento para elas (P2) (PATTA, 2018b, p. 14).

Geralmente o ponto negativo delas é o cansaço. “Eu não aguento mais”, é um fardo que elas não têm mais paciência, né. Algumas mulheres aparecem com esses sintomas dizendo que não aguentam mais, outras, vem buscar ajuda, mas não referem nada. Mas daí vai conversando, pergunta se ta dormindo bem, se ta se alimentando bem, quando que consultou a última vez. Se percebe que elas largaram a vida delas de mão, foram forçadas a viver a vida do outro e quando elas param para cuidar da saúde delas, as vezes

estão tão adoecidas que elas nem percebem. Quando elas têm um tempo para elas, que elas podem exercitar do seu cuidado, parece que é errado elas cuidarem da saúde delas, é errado elas dizerem não, é errado ela dizer para o outro “se vira!” (P2) (PATTA, 2018b, p. 14).

Outro exemplo, a discussão referida é:

[...] muitas ainda são sacrificadas por uma cultura que vem vindo de geração para geração, de ter que servir em casa, de ser responsável pela família, de ser muito protetora dessa família e não ter um espaço para sua saúde mental (P3) (PATTA, 2018b, p. 15).

Outra manifestação das ações atribuídas as mulheres estão na realização do grupo voltado aos familiares, onde predominantemente estão mulheres, sejam elas mães, tias, filha, sobrinha ou avós (PATTA, 2019), pois compreendem como dever desempenhar o cuidado e acompanhamento dos familiares que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas. Aqui, é possível refletir o quão significativo desvendar os processos de adoecimento a partir das relações sociais de gênero, pois, segundo Santos a saúde mental no Brasil foi instituída com centralidade no “biológico, a-histórico e por uma visão de ciência pautada na objetividade e neutralidade” (2009, p. 1181). Fato, que até o atual período ainda rondam as abordagens profissionais, bem representadas pelo reducionismo dos sofrimentos mentais justificados por aspectos reprodutivos do corpo das mulheres ou questões corriqueiras da vida cotidiana, sem considerar a amplitude social, econômica e cultural reproduzida e experienciada por elas.

A ausência destas apreensões, levam a errônea interpretação da realidade, que resultam em apreensões simplistas, como é o caso da impossibilidade de transformação:

[...] as vezes é tudo que elas têm, a vida delas é toda baseada nesse tipo de relação. Porque é pai, mãe, filho, porque não tem para onde ir, as vezes depende, as vezes não tem perspectiva de futuro. Parece que elas nasceram para isso e é assim que elas vão ser (P2) (PATTA, 2018b, p. 15).

Por mais relevante que seja a compreensão de gênero e suas implicações nos processos de adoecimento, apenas isso, não é suficiente. É preciso também, expandir a reflexão e pensar quais alternativas materiais e concretas disponíveis para o alcance de mudanças na vida destas usuárias, num movimento de integração entre aquilo que é interpretado e das possibilidades em curso. Pois, pensar a saúde mental também envolve deparar-se com situações de violências, vulnerabilidade social, preconceito,

entre outras manifestações que venha a tomar aspecto particular ao gênero feminino. É importante lembrar, que estes pontos estão situados em um campo onde gênero ainda não cumpre perspectiva primordial, como é explicitado pela autora:

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 (ANDRADE, 2010, p. 287).

Andrade (2010), ao emergir a lacuna que gênero encontra no cenário de reforma psiquiátrica, viabiliza refletir a relação dos avanços vivenciados nas últimas décadas no campo da saúde mental, juntamente a outras políticas, aliada a compreensão inacabada deste processo, onde nunca será sinônimo de estagnação e, portanto, possibilidade de futuras conquistas. A reforma psiquiátrica situa-se em contraposição a um projeto de sociedade privatista que coloca em jogo a garantia dos direitos universais e sua viabilidade, além do reconhecimento da cidadania voltada as pessoas em sofrimento mental, subalternizando os sujeitos em função de suas condições mentais e os colocando na posição de anormalidade, tendo em vista que fogem da regra habitual de contribuição com a força de trabalho em sociedade.

Em contrapartida, o movimento é ligado a um projeto de sociedade que de abertura para livre expansão pessoal e coletiva dos sujeitos, um posicionamento estritamente político que prevê a articulação aos princípios do SUS. É a partir desta compreensão que a integralidade mostre-se como potencial ferramenta para melhoria nas condições de saúde da população como um todo, e conseqüentemente do gênero feminino, onde possibilita incorporar as particularidades que cercam este segmento. A integralidade, pressupõe uma forte articulação intersetorial, que considere o conceito ampliado de saúde e a participação social dos sujeitos para o fortalecimento do SUS, sistema gestado nas diferentes esferas de governo de acordo com as necessidades da população local (SILVA, 2014). Porém, a atual conjuntura mostra-se emaranhada por desafios no que diz respeito a repercussão da interface de gênero na saúde mental para uma atenção integral.

Movimento decorrente das políticas neoliberais gerenciadas pelo Estado, impondo empecilhos para esta legitimação. Ocorre, que pelo modo prioritário como o

projeto privatista vem sendo postulado na sociedade brasileira, a viabilização dos direitos materializa-se sob o perfil fragmentado e focalizado. Estes aspectos, negligenciam os princípios estabelecidos pela Lei 8.080 de 1990 e provocam forte ataque as conquistas sociais, desconsiderando a luta organizada dos movimentos, afetando não apenas mulheres, como também o amplo segmento populacional considerado como “minorias”. Diante disso, importa pensar quais estratégias de atendimentos estão sendo ofertadas, em um caótico momento de descompromisso com as demandas da população, além da invisibilidade da categoria gênero na Política Nacional de saúde Mental.

5.4 Estratégias de atendimento

Para compreender como a integralidade manifesta-se nos atendimentos propostos, é importante aprofundar de qual perspectiva se está partindo, tendo em vista que daqui em diante, tais pontos serão evidenciados. A integralidade, como fim dimensional pressupõe que a articulação do cuidado voltado aos (as) usuários (as), ocorra em todos os níveis de complexidade do SUS, o que acarreta também, pensar na sua legitimação e materialização nas práticas profissionais e institucionais. Para isso, há o reconhecimento do trabalho de maneira “intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersectorialidade. Quando falarmos das experiências inovadoras, esses dois conceitos estarão juntos” (ALVES, 2009, p. 172).

Dessa forma, enquanto princípio do SUS, a integralidade abarca proporções, que não apenas situam-se em um ponto específico da instituição, das práticas profissionais, da rede de proteção, mas encontra-se no conjunto destes. Para Cecílio (2009), é preciso observá-la através de dois pontos, no qual o primeiro nomeia de *integralidade focalizada*, pois encontra-se em uma instituição, munida de uma equipe multiprofissional específica e delimitada, designada como porta de entrada para escuta qualificada das demandas a serem apreendidas. Estas apreensões devem considerar o território, os relatos, as relações estabelecidas em seu meio social, num constante vigiar para que as práticas não caiam no que Alves (2009) relaciona a psicologização do cotidiano.

É por meio disso, que a equipe irá empenhar-se na articulação interna e pensar estratégias de atendimento, articulando seus saberes e suas práticas. No entanto, apenas esta comunicação não dispõe de todo aparato necessário para garantia da

integralidade na sua condição plena (CECÍLIO, 2009). Para isso, o autor exemplifica um segundo ponto, caracterizado como *integralidade ampliada*, que nada mais é, do que sua compreensão de forma transversal a todo sistema, onde não apenas envolvam serviços de saúde. Seria a ligação a todas as políticas necessários para garantia do acesso a saúde, como preconizado na lei 8.080 de 1990, pois, na medida em que aponta os condicionantes sociais, também pressupõe que seu enfrentamento dê-se por meio de diferentes ações e serviços, extrapolando o campo da saúde (BRASIL, 1990).

A perspectiva trilhada, remete enfim, a compreensão de que o CAPS é apenas uma estação do cuidado em meio as imensas possibilidades que venham a complementar-se na rede de proteção. Assim, inicialmente é explicitado quais estratégias estão sendo estabelecidas de forma interna, para mais a diante explorar como isso está se efetuando junta a rede intersetorial. Importa situar que os serviços ofertados pelo CAPS, estão integrados ao chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS), onde caracteriza-se, pela oferta das atividades promovidas pela instituição, elaborado em conjunto aos profissionais, usuários (as) e/ou familiares, diante das necessidades e possibilidades de adesão dos (as) mesmos (as) (BRASIL, 2012).

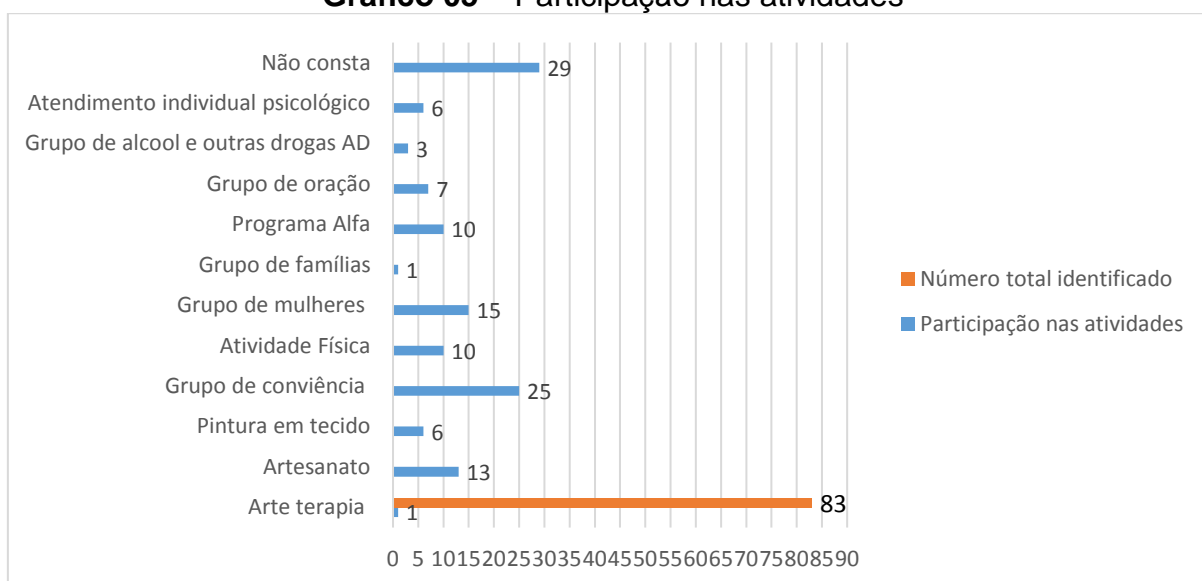
São exemplos a oferta de grupos, atendimentos individuais com determinado (a) profissional, acolhimento inicial, atendimento diurno e/ou noturno, atenção as situações de crise, práticas expressivas e comunicativas, atendimento a família, atendimento domiciliar e ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2012). É a partir dele, que se iniciam as primeiras apreensões para pensar possibilidades interventivas, sendo ainda, atributo ao primeiro contato na instituição, momento reconhecido como espaço de acolhimento. Após isso, presume-se que haja o compartilhamento com os demais profissionais, engajados por um atendimento que responda as múltiplas implicações por trás de um processo de adoecimento, como afirmado a seguir:

Esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inserido num contexto. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso (CARVALHO *et.al*, 2012, p. 522).

O CAPS I Sentimentos, dentro de sua proposta de projeto, evidencia grupos, oficinas e atendimentos com profissional da psicologia, lembrando que os (as) usuários (as) podem inserir-se em mais de uma atividade. As mulheres – das oitenta e três

(83) fichas – buscam com maior incidência a inserção em grupos de convivência, totalizando vinte e cinco (25) e no grupo de mulheres com indicativo de quinze (15). Logo, demarca-se o artesanato (13), programa alfa (10), atividade física (10), grupo de oração (07), atendimento individual psicológico (06), pintura em tecido (06), grupo de álcool e outras drogas – AD (03), arte terapia (01), grupo de famílias (01). Vinte e nove (29) prontuários não trazem nenhuma atividade inserida, como é possível visualizar a seguir:

Gráfico 05 – Participação nas atividades



Fonte: PATTA, 2018a. Elaboração: Vanessa Soares Patta.

O fato de um grande número elevado de depressão, constatado nos itens anteriores, leva a necessidade da inserção em grupos de convivência, onde partilhem de espaços de lazer, pertencimento e reflexões sobre suas experiências, como é destacado num segundo documento:

Eu presto o atendimento dentro de um atendimento individual, como também, em grupos terapêuticos. Esse atendimento individual, quando a gente vê, o nosso perfil de mulheres que procuram o serviço, a gente percebe ainda vinculadas em procurar o CAPS, por exemplo, por uma depressão. E aí elas vêm para um atendimento individual e se percebe que o atendimento individual não dá conta do que elas precisam, que na verdade o que que a gente vê que elas precisam é estar em comunidade, é pertencerem a um grupo, é fazerem parte, se sentirem útil na verdade (P3) (PATTA, 2018b, p. 16).

A gente atende elas de forma individual. Aí a gente já dá uma conversada, já dá uma analisada se está tudo bem. Tem umas que tem mais vínculo, aí elas se abrem, conversam mais. E depois é nos grupos. No grupo que a gente tem, aí a gente conversa, trabalha muito a autoestima, enquanto se costura um ponto se fala mil coisas né. Não é tanto o artesanato em si, mas aquele empoderamento delas, enquanto pessoas, enquanto mulheres, rever seu espaço, né? Ver a vida talvez de uma nova maneira, sobre um outro ângulo (P1) (PATTA, 2018b, p. 16).

Observa-se, que os grupos então, apresentam-se como pontos estratégicos para tramarem ações que não necessariamente encontram-se estabelecidos nas normativas, no qual, direcionam as ações da instituição, pois sua dinâmica também parte das percepções dos (as) profissionais que compõem o espaço institucional. Ação está, que apenas irá manifestar-se com base em um prévio conhecimento sobre a temática, implicando assim, na sensibilização de sua abordagem. Caminhar neste sentido, inclui desengessar-se de normas pré-estabelecidas para o desenvolvimento de novos fluxos de atuação:

É exatamente a partir da existência de um discurso socialmente construído acerca do sofrimento das mulheres que Maluf (2010) nos mostra a importância de atentarmos para o fato de que uma política de saúde mental não é representada apenas por suas diretrizes estabelecidas legalmente. Ela também é um reflexo de todas as ações em saúde realizadas pelos próprios profissionais. Dessa maneira, a dimensão local de aplicação de uma política pública, segundo a autora, será permeada pelas especificidades de cada contexto, fazendo com que as estratégias de cuidado adotadas pelos envolvidos sejam bastante diversificadas (MALUF *apud* BOEFF, 2019, p. 92).

Pelo fato da Política de Saúde Mental não apontar de forma prioritária gênero, considerar esta categoria é de suma importância, ultrapassando ações meramente burocráticas e institucionais, contribuindo na viabilização de ações que considerem os sujeitos e suas particularidades. O vínculo também toma destaque no documento, sinalizando como sua existência pode representar uma potente ferramenta na indução do reconhecimento das experiências de vida e abertura para “apreensão das demandas e necessidades que orientam a definição do processo assistencial (SILVA, 2014, p. 34).

O vínculo, implica a abertura para escuta do (a) outro (a), espaço onde deve-se evitar posições que aludem a estigmas e culpabilizações sobre os relatos e discursos emergidos. Ao negligenciar isso, reproduz-se a lógica de violação dos direitos, cooptando na reprodução patriarcal que molda a sociedade machista e é reproduzida nas relações sociais, condicionando duras experiências objetivas e subjetivas nas mulheres. Além disso, autoestima/empoderamento percorre os sentidos compreendidos nas estratégias de atendimentos, ainda recorrente nos trechos a seguir:

Porque a maioria é só casa, trabalham fora, trabalham muitas no comércio, mas não, parece que aquilo não preenche elas. Que o que mais preenche elas, é o relacionamento, é o querer ter alguém, enfim. Então a gente trabalha

muito a autoestima, esse ocupar um novo espaço, né [...]. Tentar dar uma nova direção para elas (P1) (PATTA, 2018b, p. 16).

Não adianta eu conduzir uma depressão, trabalha elas no grupo, enquanto o marido não fizer nada, né. Então, eu não preciso tratar o marido, mas eu posso empoderar ela, né, enquanto ao papel e eu acho que aí, no que eu empodero ela eu mecho nessa célula familiar (P3) (PATTA, 2018b, p. 16).

No entanto, empoderamento na qual o documento remete, engloba pensar as situações de dominação experienciada pelas usuárias de forma isolada, fato explicitado ao afirmar a irrelevância da participação dos companheiros neste processo. Compreende-se que a construção de uma sociedade mais justa e igualitária não parte da luta de um segmento específico, mas sim do conjunto de sujeitos que nela estão. Mesmo diante da manifestação de dominações e explorações em um determinado grau, é importante não perder de vista a estrutura societária e seus derivadas mecanismo que assolam a população e uma mesma forma em função da divisão social de classes.

Além disso, do termo “tratar” não é considerado como apropriado neste espaço, uma vez que o fenômeno encontra-se imbricado as relações assimétricas de gênero no campo social, material e cultural. Tal qual, deve ser pensado por parte das mulheres e da sociedade como um todo, a partir de instrumentos que envolvam a reflexão, reconhecimento dos direitos, importância de mobilizações coletivas e políticas públicas que materializem o resultado destas lutas por um processo de empoderamento e autonomia reconhecidos e legitimados no âmbito do Estado, ultrapassando aspectos unicamente individuais e que se atinja com maior amplitude a totalidade dos sujeitos.

Estas, apresentam-se como propostas objetivas num contexto de maior abrangência, porém, iniciam-se a níveis de pequenos pontos. Como exemplo, estão os grupos desenvolvidos pela instituição, pois, possibilitam abertura ao espaço para o diálogo e convívio com os (as) demais usuários (as) que o compõem, além de partilharem de um espaço significativo na construção de afetos, vindo a somar no sentimento de coletividade e desenvolvimento da autonomia. Tal ação, gera incompreensão por parte dos companheiros, uma vez que ao frequentar a instituição, acabam identificando-se com o espaço e criando vínculos com as pessoas que compõem a Política de Saúde Mental, além de acessarem informações e atividades que as fortaleçam enquanto sujeitos:

Sabe o que que acontece muito aqui, quando elas começam a frequentar e começam a gostar? Os maridos começam a achar que aqui não tá fazendo bem, porque elas estão bem em casa. Elas eram mais ou menos escravizadas e aí quando elas começam a ter seu espaço e começam a se empoderar, eles começam a ter uma implicância com o serviço (P3) (PATTA, 2018b, p. 17).

A questão acima, expõe como as relações assimétricas manifestam-se e tornam-se principal indutor de atitudes que colocam as mulheres em posição de desigualdade em relação aos homens. Delimitar quais espaços devem frequentar, a que informações devem acessar, instituir modos de agir ou qual posição devem ocupar, são exemplos dos empasses que cerceiam a liberdade das mulheres e possuem como pano de fundo a sociedade patriarcal, onde vai “definindo as relações afetivas e sociais através de dispositivos de poder e de submissão” (BOLZAN, 2015, p. 19). Ao reconhecer estes impasses, os profissionais elegem algumas possibilidades:

Muitas vezes nós temos que organizar até os horários, não podemos fazer nada perto das onze horas porque onze horas elas têm que cozinhar. A tarde também fica difícil de fazer alguma coisa, porque a tarde elas ficam responsáveis para limpar a casa. Claro que o objetivo do nosso CAPS é poder romper barreiras, mas a gente tem que fazer com que elas se dem conta disso, não a gente ir bater de frente. A gente tenta é trabalhar essas potencialidades delas e também, além de trabalhar o potencial delas é fazer com que elas se reconheçam e que elas tem condições, que elas podem sair, que elas podem ser mães, mas que elas também podem fazer algo pra elas (P3) (PATTA, 2018b, p. 17).

Uma explícita relação contraditória se apresenta, pois, por mais que a instituição reconheça as singularidades vivenciadas pelas usuárias, representada pelas tarefas domésticas atribuídas e o modo limitado diante das suas possibilidades de decisão e ainda assim, criem alternativas que desviem desta realidade, a dinâmica da realidade evidencia alguns embates. A realidade não é algo mecânico, mas sim, campo de movimento e embate dos contrários, que permite compreender que apenas nos processos de antagonismo configura-se o cotidiano, possibilitando com que novas realidades sejam construídas.

A propagação destas novas realidades e destas novas alternativas em refletir a realidade social, dão-se não pela relação de apenas um sujeito interligado a situação, e sim, pelo conjunto destes. Para isso, no meio institucional pressupõe-se o uso de uma metodologia interdisciplinar que resulte neste efeito, onde inclua diversos saberes na compreensão das situações com manejo adequado para cada realidade, evitando fragmentações. Assim, identificou-se como a interdisciplinaridade vem manifestando-se no CAPS I Sentimentos:

[...] as falas tornam-se distintas quando uma (um) profissional afirma que “a nossa equipe trabalha bem unida. Quando eu vejo que tem uma usuária que não está bem aquele dia, eu converso ou com o (a) Assistente Social ou com a (o) Psicóloga” (P5). Outra resposta de mesmo sentido é: “Quando eu noto, como a gente diz assim, não está muito bem, eu levo para equipe e peço um atendimento para ela. Porque não adianta eu ficar com ela, não mal, mas enfim, não tão bem como deveria ser e não levar para o resto da equipe” (P1). Já uma (um) dos profissionais sinaliza que: “Olha, eu acho que não, eu acho que ainda falta esses protocolos todos, o que fazer, o que falar, quem vai atender, como que vai orientar, para onde que vai. Eu acho que ainda falta. [...] por que cada um tem a sua visão de tratamento e visões de vida que em vez de ser homogenias elas se colidem, não é tão conectado quanto deveria ser. Eu penso que poderia melhorar (P2) (PATTA, 2018b, p. 17-18).

Uma ação interdisciplinar não ocupa-se do estabelecimento de uma relação próxima entre os profissionais, ou até mesmo da somatória destes em um único espaço (JORGE; PONTES, 2017). Sua materialização, ainda perpassa concepções enviesada por parte dos (as) profissionais, por compreenderem apenas como repasse de informações, ou união da equipe, tendo em vista que é preciso movimentar outras ações metodológicas, próprias da ação interdisciplinar, como o planejamento, estudos de caso e um diálogo pautado por objetivos comuns, em todas as fases que envolvem o cuidado, pontos evidenciados no documento e ainda fragilizado, como também apresentado.

Poucos profissionais conseguiram atribuir sentido a interdisciplinaridade “[...] por que para mim interdisciplinaridade é isso, tu reconhecer até quando as tuas, o teu conhecimento é necessário e a partir dali tu precisa buscar outras mãos para construir o no mesmo caminho” (P2) (PATTA, 2018b, p. 18).

Estes preceitos, encontram possibilidades de manifestação em um espaço revelado pelo terceiro documento da amostra, caracterizado como reunião de equipe:

Nas segundas-feiras de forma semanal ocorreram reuniões com a equipe de profissionais e funcionam como mecanismo para construção de atividades e abordagens de atendimentos que demandam atenção específica, também se mostra como espaço reservado para repasse de informações e de reflexões sobre desafios presente na instituição, além da possibilidade de visualizar estratégias de ação diante disso (PATTA, 2019, p. 33).

Ao surgir reunião de equipe em um dos documentos, visualiza-se neste campo, uma profícua abertura ao diálogo e possibilidades de ação e reconhecimento dos impactos das ações profissionais. Principalmente na saúde mental, onde reconhece a proposta interdisciplinar e intersetorial como mecanismo fundamental nos processos

de trabalho, tendo como fim, tornar a rede junto a instituição como potencial ferramenta no desenvolvimento de processos antimanicomiais que considerem a trajetória dos sujeitos no seu meio social, comunitário e familiar que estão inseridos.

5.5 A articulação da rede de proteção no processo de acompanhamento direcionado as usuárias

Para se pensar a rede de proteção, é importante lembrar que na atual conjuntura a assistência à saúde ultrapassou os limites colocados nas décadas passadas, marcadas pela seleção dos sujeitos no acesso a política pública e o unilateralismo como eram vistos os processos de saúde-doença, ou seja, novos paradigmas para se pensar o cuidado estão postos. Dessa forma, é conivente que:

[...] as intervenções intersetoriais se caracterizam por serem uma articulação integrada entre os serviços de saúde mental, saúde, outras políticas públicas e programas que têm como base as diferentes necessidades de saúde e cidadania dos usuários do serviço no sentido da integralidade (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 381)

A rede de proteção, enfim, apresenta-se como essencial na legitimação e propagação desta nova roupagem. Justamente por isso, é impossível perder de vista o perfil e as demandas das usuárias discutidas até o presente momento, que como evidenciado, extrapolam o âmbito da saúde para o alcance e promoção da cidadania. Assim, a articulação a outras políticas, como Assistência Social, Educação, ou âmbito Jurídico, na qual venham a corresponder as necessidades, tornam-se indispensáveis. No entanto, este processo ainda encontra desafios, uma vez que, a trajetória de avanços que consideram a estratégia multidisciplinar e intersetorial ainda são recentes⁵, pois, a formulação das políticas sociais teve como figura carimbada a fragmentação e insignificância de investimentos públicos estatais dentro do contexto histórico brasileiro. O documento emerge fragilidades que ocupam este processo de articulação no espaço institucional:

Evidenciaram algumas fragilidades de articulação, tanto enquanto rede, por exemplo na fala *“por enquanto a gente peca em alguns aspectos quanto a isso. Falta essa rede se comunicar um pouquinho mais para gente andar no mesmo caminho”* (P4). Como também, da percepção da rede para/com as (os) usuárias (os), questão acrescentada por uma (um) profissional: [...] a

⁵ Fruto dos resultados construídos pelo movimento de reforma sanitária.

gente tem um grupo condutor, se manda mensagem, tem essa relação mais próxima ainda, mas, ainda a gente tem uma dificuldade de ver o que que é meu e o que que é dela e articular junto. Acho que ainda é uma dificuldade, mas acho que a gente já melhorou bastante. [...] a nossa lógica que a gente está sempre brigando com a rede, é de que o nosso usuário é o mesmo que ta aqui, que é o mesmo que ta no ESF, que ele não é partes né, que ele é um todo (P3) (PATTA, 2018b, p. 19-20).

Como observado, ainda impera dificuldades no acompanhamento da rede com os (as) usuários (as) da Política de Saúde Mental, pois sinaliza a necessidade constante de refletir que, ao passo que o sujeito busca o serviço, apenas o atendimento imediato, torna-se necessário, mas não o suficiente, já que esta atitude de busca pode sinalizar outras demandas que merecem atenção por parte dos profissionais responsáveis por ouvir e acolher. Essencialmente, cabe recordar o modo como as pessoas com estado de adoecimento mental ainda carregam duras cargas de estigmatização e preconceito, perdurados pela cultura e imaginário social. Dessa forma:

*[...] a rede de saúde se mostra como um conjunto de pontos fragilmente articulados e burocratizados. No caso da saúde mental, essa situação se agrava, pois, historicamente, sempre houve a fragmentação dos serviços de saúde mental da rede de saúde em geral, consolidando o modelo hospitalocêntrico. Isso gerou uma exclusão do portador de transtorno mental da rede de saúde geral bem como do meio social. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 643 *apud* SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 384).*

Consequente a isto, há um descrédito nas possibilidades de pensar a saúde mental em outros âmbitos da rede, como se apenas uma instituição intitulada e designada para intervenções biopsicossociais fosse necessária diante da amplitude que é conceber a temática. A exemplo disso, emerge a insensibilidade de profissionais que não pautam aspectos sociais, econômicos, culturais e psicológicos imbricados a uma boa ou má qualidade na saúde, seja mental ou física na vida dos sujeitos, ocasionando um tardio reconhecimento destes fatores, além da inexpressiva consideração em relacionar o ESF como espaço que também contemple o caráter de bem estar mental, e não apenas do corpo físico, como disposto a seguir:

Nas histórias tu vê assim, que elas te contam, que não é uma história recente, é uma história de longos anos. De longos e longos anos. Ninguém sabe, até hoje a gente tem muita dificuldade de entender a depressão. Eu acho que os médicos da rede não estão tão voltados a parte da saúde mental, né? [...] eu sinto que eles vão protelando, protelando, protelando, vão tratando outras coisas, vão tratando outros sintomas, e aí, a depressão, a saúde mental é a última a ser vista. Acho que isso é também consequência das pessoas que vão indo, vão indo, vão indo e não tem um diagnóstico palpável, né? (P1) (PATTA, 2018b, p. 19).

Nós sempre tivemos muito contato com o ESF do rio Uruguai, tudo que a gente precisa enquanto saúde da mulher a gente encaminha para li, tá. Preventivo, algum problema ginecológico, enfim. Enquanto a rede, enquanto NASF, assim, particularmente, não, nunca usei (P1) (PATTA, 2018b, p. 19).

O Ministério da saúde, em um dos cadernos de atenção à saúde pautou conceitos e práticas importantes para pensar a saúde mental no âmbito da atenção básica, o que envolve os ESFs, NASFs e UBSs (BRASIL, 2013). Tal iniciativa, mostra a preocupação em direcionar o cuidado de forma descentralizada a uma única figura local, sem que recaia-se nas armadilhas do passado, onde apenas um único espaço – caracterizado pelo modelo hospitalocêntrico – provia todas as necessidades de pessoas em sofrimento mental, ou não, tendo em vista que nem só pessoas com esta característica eram inseridas, ocasionando diversas formas de violação dos direitos humanos.

Ao compreender isso, retorna-se ao exposto anteriormente, marcado pelo trecho onde remete a reflexão que o (a) usuário (a) que frequenta o CAPS é o mesmo presente em outras múltiplas esferas da rede, o que pressupõe pensar diálogos e práticas com objetivos comuns, mesmo que, prevaleça a ausência destes pontos como manifestado no documento. Ao passo que a atenção básica, assim como atenção psicossocial, é compreendida como porta de entrada no SUS, preconiza que não apenas prevalecerá o encaminhamento a determinada área ou serviço, mas que também serão proporcionados atendimentos, no qual, correspondam a acolhimentos, grupos, oficinas, entre outras possibilidades voltadas ao trabalho com a saúde mental.

Proposições, ainda em processo de construção, visto que realizá-los implica não apenas normativas que expressem sua necessidade, mas também disponibilidade de condições objetivas, como recursos materiais, humanos e financeiros, além das circunstâncias conjunturais que influenciam sobre a dinâmica das políticas e ordenamentos da estrutura societária. Outro ponto destacado, foi o que concerne ao acolhimento⁶ configurado na rede, com atributos que envolvem o desprezo das angústias e condições nas quais as mulheres são submetidas pela cultura machista e patriarcal, onde mesmo que haja articulações, ocorrem posicionamentos que diminuem os processos vivenciados pelas mulheres:

⁶ O acolhimento realizado nas Unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (BRASIL, 2013, p. 24).

Sempre estamos tendo reuniões, com toda a rede, ESF, CRAS, CREAS, casa da criança, hospital, mas é aquela coisa né. Eu para mim, eu sempre tenho que o acolhimento, se eu sou bem recebido eu volto. Se eu não sou bem recebido é obvio que eu não vou gostar e eu vou resistir a tudo aquilo que tentarem me falar. As vezes a gente não consegue sozinho, trabalhar em rede é difícil. Às vezes, vezes não! Sempre elas dizem que o atendimento aqui é mais qualificado, a escuta é mais sensível, ou julgam, ou viram as costas, “a pôr que se ela tá assim, é por que gosta”. Então nem todos os profissionais tem esse perfil pra trabalhar com a saúde mental (P2) (PATTA, 2018b, p. 20).

Estas apreensões, são significativas para refletir o quão necessário é o estabelecimento de um vínculo que gere abertura por parte das usuárias, para que não apenas fique no limite dos sintomas físicos, mas que abarque outras dimensões da vida social. No entanto, mesmo que ao identificar que a intersectorialidade seja uma das ferramentas fundantes das ações psicossociais, a mesma ainda encontra-se secundarizada nas intervenções voltadas ao gênero feminino. Pois, apenas a ação de encontros e repasses ainda não suprem um espaço dedicado a reflexão por parte dos profissionais diante das relações assimétricas de gênero engendrados aos sofrimentos físicos e mentais que cotidianamente apresentam-se.

Tal contexto, leva a compreender que há a prevalência de articulações restritas ao âmbito interno nas práticas desenvolvidas na instituição, ou então, nas percepções individuais no atendimento de cada profissional. Tal afirmativa, é correspondida nos trechos que seguem, quando é identificado que por mais que existam noções de uma suposta integralidade, a mesma não se materializa nas rotinas institucionais:

As (os) profissionais referiram a integralidade na maioria das vezes como o todo, considerar suas particularidades e trabalhar em conjunto não só em espaço institucional, como também na rede externa: “É atender o indivíduo como um todo, que tu têm que abrir assim, teu olhar, não só cuidar da pessoas, enfim, meio onde ela tá situada, quais as redes que ela busca” (P1). “Não só CAPS, uma rede toda que trabalha junta, toda rede em conjunto ter a mesma linha de pensamento, enfim” (P4). “(Silêncio) é o todo, o integral é o todo, é uma coisa que trabalha em conjunto, seria?” (P5) (PATTA, 2018b, p. 21).

A fala do (da) próximo profissional relaciona a importância de trazer elementos da vida das usuárias (as), no intuito de contribuir no atendimento com a integralidade. Dentro dos processos que eu realizo de atendimento e de acolhimento, eu sempre tento. De que lugar que essa pessoa está falando, quais são as relações que ela estabelece, a condição financeira, a condição econômica, contexto familiar que ela está. Acho que a partir daí eu consigo ter uma noção de como que pode ser o cuidado e de como que esse sujeito é na integralidade lá. Mas descrever assim, o que é integralidade não conseguiria (P2) (PATTA, 2018b, p. 21-22).

Não por acaso, o documento de Patta (2019), representado pelo relatório final de estágio II, não sinaliza nenhuma ação que discuta ou relacione gênero e saúde

mental de forma intersetorial, como apresentado no princípio deste capítulo. Uma secundarização da temática que resulta na fragilidade dos atendimentos despontados em outras esferas da rede de atendimento. Isso representa o quão urgente torna-se a discussão sobre o direcionamento estabelecido para os cuidados de mulheres e saúde mental num sentido integral, tendo em vista o que o modelo fragmentado das políticas, dividindo quais demandas serão atendidas em um determinado serviço, obstaculiza pensar estratégias que sejam transversais a toda rede de proteção.

O perfil de mulheres que acessam os serviços de saúde mental, já sinalizam a inegável importância da articulação a outras políticas, mulheres que em sua maioria possuem mais de quarenta anos, vivenciando processos de transformação física e mental, a parcial oportunidade de completar os estudos e inserir-se no mercado de trabalho. Não há como não relacionar aspectos societários na manifestação destes pontos, muito menos, pensar nas formas de enfrentamento sem a mobilização de políticas com propósitos de viabilização de renda, educação, saúde, entre outras que se façam necessárias, e obtenham nos seus princípios o acesso universal e de promoção da cidadania.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho traçado por este trabalho, buscou expressar questões relacionadas a saúde mental do gênero feminino, para refletir como estes pontos estão sendo considerados no CAPS I Sentimentos no município de Itaqui/RS, além das estratégias de atendimento desenvolvidas diante do cenário. Uma relação estritamente oportuna, em vista que a saúde mental foi historicamente imbuída de análises unilaterais e do senso comum, consideradas unicamente necessárias para o tratamento/acompanhamento, e que ainda rondam o imaginário social. Um cenário, onde não ponderava-se as mediações necessárias para compreensão na manifestação dos fenômenos vivenciados pelos sujeitos, com apreensões generalistas e simplistas, ocasionando o silenciamento e anulação das subjetividades e dos contextos sociais.

Com respaldo a esta compreensão, o capítulo três discutiu brevemente sobre a saúde mental e sua trajetória histórica, para que fosse possível visualizar como cada época na sociedade, combina a forma interpretativa sobre é concebida culturalmente. Interpretações legitimadas pelas relações sociais, as instituições, normativas, o modo como o Estado operacionaliza as políticas públicas e sociais, como também, a organização em sociedade, são contribuintes destes aspectos. O gênero feminino sente as refrações destes pontos, já que considera-se a existência de outros fenômenos em âmbito material e subjetivo que assolam de forma específica este segmento, como é o caso das relações assimétricas de gênero.

Exemplo nítido que une estes dois pontos, é o modo como a saúde mental era encarada com estigma e necessidade de subalternização, cooptando na internação de mulheres em hospitais psiquiátricos. No entanto, as razões não necessariamente estavam ligadas a patologias, pois apenas justificativas com base nos comportamentos “inadequados” estipulados pelo período histórico, eram suficientes para esconder os reais motivos por trás dos desejos de encarceramento, que se analisados de maneira crítica, possuíam como viés a intenção de anulação das mulheres ao exercer seus posicionamentos. Mesmo que diante dos avanços exibidos pelo capítulo quatro, com a instituição da Política de Saúde e as conquistas promovidas pelo conjunto do movimento feminista e da sociedade, contradições próprias da realidade concreta estão postas.

Na atual conjuntura, tendo como foco delimitado o atendimento integral voltado a usuárias do CAPS I Sentimentos, além das usuárias encontrarem-se em sofrimento mental, há influências da dinâmica de classe e valores patriarcais instituídos, no qual, é intrínseco as vivências cotidianas e afetam o bem estar físico, mental e social. Afirmativa evidenciada, tendo em vista que, o perfil da maioria das usuárias que frequentam a instituição é possuidor de depressão, não ocupam espaços públicos e tiveram poucas oportunidades de concluir os estudos. As demandas também relacionam-se a responsabilização dos cuidados com os filhos, afetividade com os companheiros, ou, na limitação de suas decisões, influenciadas pela cultura de opressão manifestada pelas atitudes dos maridos que ditam, se devem e quando devem acessar os serviços do CAPS I Sentimentos.

Ao identificar as estratégias de atendimentos, pode-se perceber o reconhecimento por parte dos profissionais sobre alguns dos diversificados condicionantes que interferem nos processos de adoecimento no segmento feminino. Isso resulta em possibilidade da criação de espaços que envolvam a autonomia, o convívio, lazer entre outras trocas para além do que está posto, no meio institucional. Ocorre que, as buscas pelo serviço não sinalizam apenas uma necessidade do corpo que precisa de tratamento, mas fatores que clamam por visibilidade e atenção, implica no reconhecimento de sujeitos silenciados diante da violação cotidiana, no qual seus direitos são colocados.

Ao refletir sobre os processos interligados a saúde mental e o gênero feminino, foi possível identificar que estas temáticas, inegavelmente, devem resultar em intervenções que extrapolem os limites de sintomas físicos e patológicos, pois envolvem a promoção da cidadania, autonomia e suas formas concretas de materialização, considerações que partem dos pressupostos evidenciados pelo perfil, demandas e propostas de atendimentos oriundos da instituição. No entanto, cabe mencionar o desafio sobre o modo fragilizado como estes pressupostos são tratados no conjunto da rede de atendimento, ou seja, para além do ponto específico da instituição em foco, sinaliza-se o necessário adensamento das discussões por parte de outras políticas e serviços que contribuam nos processos de enfrentamento aos fenômenos societários vivenciados pelas mulheres.

Ao que pode-se perceber, ocorre que a reforma psiquiátrica encontra-se aberta e em processo de construção, principalmente no que tange considerar as conquistas

a serem alcançadas por uma cultura antimanicomial que considere a categoria gênero nos atendimentos. O serviço e profissionais identificados nos documentos deste estudo, ainda são desafiados a promover e viabilizar o direito a saúde pública na sua condição de integralidade, mobilizando estratégias de enfrentamento que rompam com formas fragmentadas de atenção ao cuidado, principalmente num contexto neoliberal e neoconservador presente nos diversos espaços da sociedade. Um cenário que coloca em alerta, tendo em vista o adensamento de preceitos morais, arraigados pelo senso comum, tão prevalecidos diante das condutas éticas e comprometidas com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Desenvolver a abertura a espaços que promovam reflexões sobre a inter-relação de gênero e saúde mental, – no qual, não se esgota nas apreensões feitas por este estudo, devido a amplitude que é a abordagem de gênero –, como o caso do acolhimento, as implicações por trás do conjunto de sintomas, junto a usuárias (os), profissionais e gestores (as), no intuito de desnaturalizar questões de ordem societária e que muitas vezes levam a medicalização da vida social, são propostas cabíveis ao cenário. Além disso, cabe salientar a relevância de compreender a realidade social, no qual os atendimentos estão sendo articulados, levantar indicadores sociais que sirvam de base para a formulação e gestão da Política de Saúde Mental, criar e/ou fortalecer a proposta de educação permanente no SUS – caracterizada por partir dos processos de trabalho e das necessidades de saúde locais – de forma crítica e propositiva.

REFERÊNCIAS

ABREU, Thinally Ribeiro. As políticas sociais no neoliberalismo: expressões da luta de classes. *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 8, 2017, Maranhão, **Anais...** Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/anais-joinpp-2017.html>. Acesso em: 15 abr. 2019.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. O gênero no movimento de reforma psiquiátrica brasileira. *In: MALUF, Sônia Weider; TORNQUIST, Carmen Susana. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. Disponível em: http://transes.paginas.ufsc.br/files/2014/10/GENEROSAUDEA-FLICAO_livro.pdf. Acesso em: 09 out. 2019.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1.ed. São Paulo: Geração editorial, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf: Acesso em: 04 nov. 2019.

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In: PINHIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO: 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Modelos de atenção à saúde mental das mulheres: linhas de cuidado na perspectiva de direitos humanos, gênero e integralidade na saúde. *In: NEGRÃO, Telia. VARGAS, Regina. RODRIGUES, Leina Peres. Saúde mental e Gênero: Novas abordagens para uma linha de cuidado*. Porto Alegre: Coletivo feminino Plural, 2015. p. 55-74.

AZENHA, Sônia Soraia Dias. O internamento compulsivo e a representação da doença mental: Percurso histórico. **Arquivos de medicina**, v.2, n.28, p. 54-60, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n2/v28n2a05.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019

BARBOSA, Luciana Candido; SOARES Maria de Lourdes. Trabalho doméstico, trabalho desvalorizado, trabalho de mulheres. *In: SEMINÁRIO NACIONAL GÊNERO E PRÁTICAS CULTURAIS: OLHARES DIVERSOS SOBRE A DIFERENÇA*, 3, 2011, João Pessoa, **Anais...** João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2011. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05634.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde estão as mulheres?** A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas, 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/7196>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: <http://profissionaldeluta.blogspot.com.br/2016/03/biblioteca-basica-de-servico-social.html>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BOEFF, Muriel Closs. **Um retrato da depressão**: investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de promoção da saúde na atenção básica. Dissertação (Mestrado em educação em ciências: química da vida e saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em educação em ciências: química da vida e saúde, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/189984>. Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL, Lei nº 8.080 de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 set 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 nov. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 09 nov. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde: DAPE: Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 17 out. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde mental no sus**: Os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 17 out. 2019.

_____, Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 ago 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html acesso em: 31 de out. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**, 2001. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: Elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

_____, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elisabete *et al.* **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a construção do Sistema único de saúde (SUS): o modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano 27, n.87. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira. **Saúde mental e gênero em um CAPS II de Brasília: condições sociais, sintomas, diagnósticos e sofrimento psíquico**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura – Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em psicologia clínica e cultura, Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20567>. Acesso em: 21 abr. 2019.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, v.36, n.3, p. 521-525, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO: 2006. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

CISNE, Mirla. Marxismo: uma teoria indispensável à luta feminista. *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E ENGELS, 4, 1999, Campinas, **Anais...** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1999. Disponível em: <https://www.unicamp.br/ce-marx/ANAIS%20IV%20COLOQUIO/comunica%E7%F5es/GT4/gt4m3c6.PDF>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do saber do fenômeno educativo**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf acesso em: 05 de nov. 2019.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Centauro, 2002.

FARANGE, Eblin. Experiências profissionais do Serviço Social nos movimentos sociais urbanos. *In*: ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Movimentos Sociais e Serviço Social: uma relação necessária**. São Paulo: Cortez, 2014. p. 245-262.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**. v.32, n.9, p. 01-15, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00059116.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

GAMA, Andréa de Souza. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. *In*: BRAVO, Maria Inêz Souza *et al.* **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 79-96.

GASPAROTO, Geovana Prante; GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLITICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12, 2014, Santa Cruz do Sul, **Anais...** Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/11812/1652>. Acesso em: 15 de abr. 2019.

Gil, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Ângela Maria Corrêa *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.67, n.2, p. 101-109, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000192>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n2/0047-2085-jbpsiq-67-2-0101.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

JORGE, Ediane Moura; PONTES, Reinaldo Nobre. A Interdisciplinaridade e o Serviço social: estudo das relações entre profissões. **Revista Textos & Contextos**. v.16, n.1, p. 175-187, jan./jul. 2017. DOI:10.15448/1677-9509.2017.1.26444. Disponível em: <file:///C:/Users/vanessa/Downloads/26444-115475-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

JUNIOR, João Batista Risi; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 28.ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1976.

LARA, Ricardo. A incidência da teoria social crítica no Serviço Social. **Rev. Serviço Social e Realidade**. v.18, n.1, p.43-59, 2009. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/116/149>. Acesso em: 12 nov. 2019.

Louro, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MATOS, Mauren Lessa; GITAHY, Raquel Rosan Christino. A evolução dos direitos da mulher. **Colloquium Humanarum**, v. 4, n.1, p. 74-90, jun. 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/vanessa/Downloads/223-Texto%20do%20artigo-2908-2-10-20120518%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/vanessa/Downloads/223-Texto%20do%20artigo-2908-2-10-20120518%20(3).pdf). Acesso em: 05 de nov. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. DESLANDES, Suley Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 09-29.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima. Políticas Públicas de saúde da mulher: A integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**. v.17, n.1, p. 31-48, jan./abr. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

NEGRÃO, Telia. VARGAS, Regina. RODRIGUES, Leina Peres. **Saúde mental e Gênero: Novas abordagens para uma linha de cuidado**. Porto Alegre: Coletivo feminino Plural, 2015.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

PATTA, Vanessa Soares Patta. **Análise institucional**. Universidade Federal do Pampa. São Borja, 2018.

PATTA, Vanessa Soares. **Relatório Final do Componente Curricular de Pesquisa II do Curso de Serviço Social**. Universidade Federal do Pampa. São Borja, 2018.

PATTA, Vanessa Soares. **Relatório Final de estágio em Serviço Social II**. Universidade Federal do Pampa. São Borja, 2019.

PONTES, Reinaldo Nobre. **A categoria de mediação em face do processo de intervenção do serviço social**, 1995. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-104.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p. 1177-1182, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a18v14n4.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. **Gênero, patriarcado e violência**, 2.ed. São Paulo: Graphium, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1741437/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero%2C%20Patriarcado%2C%20Viol%C3%AAncia%20%20%28livro%20completo%29.pdf. Acesso em: 04 nov. 2019.

SILVA, Ana Maria de Oliveira. **Integralidade da atenção à saúde: a percepção de mulheres em um serviço de aborto legal**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica do Salvador. Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania, Salvador 2014. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/123456730/268/1/SILVA%20AMO%202014.pdf>. Acesso em: 06 out. 2019.

SILVA, Jose Fernando Siqueira da. Pesquisa e produção do conhecimento em Serviço Social. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v.6, n.2, p. 282-297. jul./dez. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/2319/3248>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SILVA, Vanessa. **Velhice e envelhecimento: Qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC-Estreito**, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119776>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

SOUZA, Vinícius Rauber e. **Contrarreforma psiquiátrica: O modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde Mental no rio grande do sul**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4703>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SPOSATI, Aldaíza. Territorialização e desafios à gestão pública inclusiva: o caso da Assistência Social no Brasil. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 13, 2008, Buenos Aires, **Anais....** Buenos Aires: Centro Latino Americano de Admi-

nistración para el Desarrollo, 2008, p. 4 – 7. Disponível em: <https://cladista.clad.org/bitstream/handle/123456789/5385/0060209.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 out. 2019.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social e Sociedade**. n.118, p. 366-393, abr./jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a08n118.pdf>. Acesso: 05 out. 2019.

TAVIRA, Larissa Vaques. O nascimento da clínica em Foucault: Um poder-saber sobre a vida. In: **Portal (En) Cena: A saúde mental em movimento**, 2014. Disponível em: <https://encenasaudemental.com/series/o-nascimento-da-clinica-em-foucault-um-poder-saber-sobre-a-vida/>. Acesso em: 04 nov. 2019.

VARGAS, Regina. A integralidade da atenção à saúde na percepção de profissionais da rede. In: NEGRÃO, Telia. VARGAS, Regina. RODRIGUES, Leina Peres. **Saúde mental e Gênero: Novas abordagens para uma linha de cuidado**. Porto Alegre: Coletivo feminino Plural, 2015. p. 13-39.

VARGAS, Regina. NEGRÃO, Telia. Abordagem de gênero na saúde mental: a preparação de profissionais da rede. In: NEGRÃO, Telia. VARGAS, Regina. RODRIGUES, Leina Peres. **Saúde mental e Gênero: Novas abordagens para uma linha de cuidado**. Porto Alegre: Coletivo feminino Plural, 2015. p. 77-82.

ZANELLO, Valeska; SILVA, Lívia Campos e; HENDERSON, Guilherme. Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 4, p. 543-550, out./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042444543550>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n4/1806-3446-ptp-31-04-00543.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR

- 1) Como configura-se o CAPS I Sentimentos de Itaqui/RS?

- 2) Qual o perfil das mulheres que acessam os serviços propostos pela instituição?
- 3) Quais motivos levam as mulheres a buscarem atendimento no CAPS I Sentimentos no município de Itaqui/RS?
- 4) Como os serviços ofertados pela instituição desenvolvem estratégias de atendimento para contemplar as diferenças e particularidades que se apresentam?
- 5) Como ocorre a articulação da rede de proteção no processo de acompanhamento direcionado as usuárias?