



Universidade de Brasília - UNB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

AMANDA ARAGÃO DE OLIVEIRA

**Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em
CAPS II do Distrito Federal**

Brasília – DF

2016

AMANDA ARAGÃO DE OLIVEIRA

**Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em
CAPS II do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER), do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Prof^a Lucélia Luiz Pereira.

Orientadora: Lucélia Luiz Pereira

Brasília – DF

2016

**Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em
CAPS II do Distrito Federal**

A banca examinadora abaixo identificada aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de
Serviço Social, da Universidade de Brasília, da estudante

AMANDA ARAGÃO DE OLIVEIRA

Profª Mr. Patrícia Pinheiro

Examinadora Interna

Assistente Social Elvana Milhomem

Examinadora Externa

Profª Dra. Lucélia Luiz Pereira

Orientadora SER – UnB

Aprovado em: ____ / ____ / ____

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP/FS	Comitê de Ética da Faculdade de Saúde
CEP/SES	Comitê de Ética da Secretaria de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DF	Distrito Federal
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PT	Plano Terapêutico
GT	Grupo Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UNB	Universidade de Brasília
HSVP	Hospital São Vicente de Paula
ISM	Instituto de Saúde Mental
RT	Residências Terapêuticas

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
Metodologia	3
<i>Instrumento de Coleta de Dados</i>	4
<i>O Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS)</i>	4
<i>Cuidados Éticos</i>	5
<i>A Realização da Pesquisa</i>	5
<u>CAPÍTULO I – A SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AO ATUAL SISTEMA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO</u>	7
1. O Movimento de Reforma Sanitária.....	7
2. Contextualização Histórica da Saúde Mental no Brasil.....	9
2.1. A Saúde Mental no Brasil Antes da Reforma Psiquiátrica.....	9
2.2. O Movimento de Reforma Psiquiátrica.....	10
2.3. Marcos Históricos para a Consolidação do Movimento de Reforma Psiquiátrica.....	11
3. A Atual Organização do Sistema de Saúde Mental no Brasil: A Política Nacional de Saúde Mental.....	15
<u>CAPÍTULO II – O CARÁTER SOCIAL DO ADOECIMENTO</u>	19
4. Rompendo com o Paradigma Biologizante.....	19
5. A Mudança na Concepção da Loucura.....	21
6. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).....	22
<u>CAPÍTULO III – GÊNERO E SAÚDE MENTAL</u>	25
7. Definindo as Construções de Gênero.....	25
8. Gênero e Saúde Mental: uma relação direta?	27
9. Fatores Determinantes no Processo de Adoecimento Mental de Mulheres.....	29
10. O Papel do Cuidado.....	31

<u>CAPÍTULO IV – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: O ADOECIMENTO MENTAL E AS CONSTRUÇÕES DE GÊNERO.....</u>	33
11. Perfil dos Profissionais.....	33
12. Grupos Terapêuticos Desenvolvidos.....	36
13. As Construções de Gênero e o Perfil dos Usuários do CAPS.....	38
14. O Adoecimento Mental Acomete mais Homens ou Mulheres?	44
15. As Principais Demandas para o Tratamento no CAPS.....	47
15.1. O Adoecimento Mental Masculino.....	47
15.2. O Adoecimento Mental Feminino.....	49
15.2.1. A Violência enquanto Problema de Saúde Pública.....	49
15.2.2. O Papel do Cuidado e a Dificuldade de Adesão.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICE.....	64
Roteiro de Entrevista com Profissionais.....	64
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de Pesquisa.....	67
ANEXO.....	68
Parecer de Aprovação – CEP/FS-UNB.....	68
Parecer de Aprovação – CEP/FEPECS/SES-DF.....	78

AGRADECIMENTOS

À minha família, que nunca hesitou em batalhar para me propiciar a melhor educação possível. Agradeço aos meus pais e à minha irmã por estarem sempre ao meu lado, mesmo nos momentos de estresse. Muito obrigada por todo o amor e apoio que me deram durante toda a vida!

À professora doutora/orientadora Lucélia Luiz Pereira, pelo apoio e compreensão durante todo o período para a composição do trabalho de conclusão de curso. Por compartilhar comigo seus conhecimentos a respeito do tema e ser um exemplo de dedicação e ética profissional. Obrigada!

À professora Mr. Patrícia Pinheiro, pela disponibilidade e interesse em avaliar e compor a banca examinadora do presente trabalho. Agradeço também pelos valiosos conhecimentos transmitidos durante a graduação. Obrigada!

Às minhas supervisoras de campo de estágio Elvana Milhomem e Vilmara Macêdo, que me ensinaram com excelência o significado da prática profissional. Obrigada por serem exemplos de conduta e ética profissional!

Às profissionais entrevistadas, que se disponibilizaram a fim de contribuir para a consolidação da pesquisa. Obrigada!

Às minhas amigas, que por muitas vezes compreenderam minha ausência e me acompanharam e apoiaram durante todo o processo da graduação.

Agradeço à minha companheira de Serviço Social Jéssika Lima, que dividiu comigo momentos fundamentais para a construção de um pensamento profissional crítico e enfrentou ao meu lado os embates encontrados no campo de estágio. Obrigada!

À minha irmã por opção Talita Vieira, que esteve comigo nos momentos mais importantes da vida, sempre apoiando e aconselhando quando necessário. Obrigada!

Essa conquista pertence a todos vocês!

“Quando promovemos o empoderamento das mulheres, estamos promovendo uma série de mudanças. A luta é constante e diária, e começa com um NÃO. Não calar, não aceitar, não baixar a cabeça”.

RESUMO

A presente pesquisa consistiu em uma investigação acerca da relação entre gênero e saúde mental a partir de pesquisa de campo em um CAPS II de região administrativa do Distrito Federal. O objetivo foi analisar de que forma as representações dos papéis de gênero e relações de poder influenciam na maior quantidade de mulheres enquanto usuárias do CAPS. Como procedimento metodológico foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas com profissionais que atuam no CAPS. Fez-se a relação entre as informações coletadas em campo e os achados bibliográficos que compõem o aporte teórico da pesquisa. Notou-se que seis das entrevistadas percebem um fluxo maior de mulheres enquanto pacientes do CAPS e que novas as ações institucionais voltadas às questões de gênero devem ser pensadas para atender a demanda existente. Percebe-se que o cuidado perpassou o discurso de todas as profissionais enquanto justificativa para a alta demanda de mulheres pelos serviços. Ressalta-se o cuidado enquanto prática humana, que não deve ser designada apenas às mulheres a partir da construção sociocultural dos estereótipos de gênero.

Palavras-chave: saúde mental, cuidado, gênero, mulheres, CAPS.

ABSTRACT

This research consisted of an investigation of the relationship between gender and mental health from field research in a CAPS II administrative region of the Federal District. The objective was to examine how the representations of gender roles and power relations influence the greater number of women as users of CAPS. As methodological procedure was performed seven semi-structured interviews with professionals who work in CAPS. The relationship between the information collected in the field and the bibliographic findings that make up the theoretical research contribution fell. It was noted that six of the respondents perceive a greater flow of women as patients of the CAPS and the new institutional actions to gender issues should be designed to meet the existing demand. It is noticed that the care pervaded the discourse of all professionals as justification for the high demand for women for services. Emphasize care as a human practice that should not be designated only to women from the socio-cultural construction of gender stereotypes.

Keywords: mental health, care, gender, women, CAPS

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso realizou uma pesquisa qualitativa de campo em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Distrito Federal, tendo como objetivo analisar de que forma as representações dos papéis de gênero e relações de poder influenciam na maior quantidade de mulheres enquanto usuárias do CAPS, com enfoque sobre o papel do cuidado historicamente atribuído à figura feminina pelo processo contínuo de socialização de gênero. O objeto de estudo consistiu no adoecimento mental de mulheres. Foram realizadas entrevistas com alguns dos profissionais atuantes na Instituição.

Duas observações foram fundamentais para a escolha da presente problemática de pesquisa: a lacuna observada entre a exploração do tema “Gênero e Saúde Mental” e a produção de conhecimento no Serviço Social, bem como a pouca discussão acadêmica sobre a saúde mental enquanto espaço privilegiado para a observação e análise de importantes expressões da Questão Social, tais como a questão da desigualdade social, a questão racial e a questão de gênero, sendo esta última foco do presente trabalho, compreendendo que tais questões não encontram-se estanques na realidade social, mas que formam uma rede de entrelaçamentos complexos (Biroli e Miguel, 2015).

Durante o processo de levantamento de bibliografias para a realização do presente trabalho de conclusão de curso, tornou-se notória a escassa disponibilidade de referências oriundas do Serviço Social que tratem especificamente de gênero relacionado à saúde mental. As principais contribuições originam-se de áreas de conhecimento como a psicologia, a psiquiatria, a história e a sociologia. Essa lacuna de produção teórica pode ser problematizada a partir da percepção da pouca discussão acadêmica sobre a saúde mental enquanto espaço de atuação profissional. Em relação a tal problemática, um questionamento fundamental seria: *por que os estudos acadêmicos em relação ao tema “Gênero e Saúde Mental” se fazem importantes para o aporte teórico do Serviço Social?* Como resposta, deve-se considerar que as construções de gênero expressam-se, dentre outras formas, através das maneiras distintas de pensar e tratar a saúde, difundidas entre homens e mulheres. Desta forma, as desigualdades de gênero, enquanto expressões da Questão Social encontram-se associadas ao processo de adoecimento mental, tornando-se um amplo campo de estudos e reflexões para o Serviço Social, enquanto profissão eticamente comprometida com a luta pela igualdade e emancipação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Plano de Ação sobre a Saúde Mental 2013-2020, afirma que pessoas com a saúde mental comprometida, por exemplo, as que vivem com depressão grave e esquizofrenia, apresentam uma probabilidade de morte prematura 40% a 60% maior do que o restante da população mundial, incluindo problemas fisiológicos graves desencadeados pelo mal-estar mental, bem como as altas taxas de suicídio entre esse público (OMS, 2013). Tomado em seu conjunto, os transtornos mentais, neurológicos e por consumo de substâncias representam 13% da carga mundial de morbidade em 2004 (OMS, 2013). Apenas a depressão representa 4,3% da carga mundial de morbidade, se situando como uma das principais causas mundiais de incapacidade, sobretudo entre as mulheres. Tal aspecto possibilita pensar nas construções de gênero enquanto fatores determinantes para pensar a saúde mental feminina.

Segundo Ferraz e Kraiczyk (2010), as construções de gênero se manifestam nos diferentes tipos de transtorno. Segundo dados da OMS colhidos pelas autoras, a depressão ocorre duas vezes mais em mulheres do que em homens, fato que está associado com o estabelecimento de estereótipos de gênero e depreciação de características ditas femininas. Outro dado relevante trazido pelas autoras é de que os próprios médicos diagnosticam mulheres com depressão mais frequentemente do que homens, mesmo que ambos apresentem sintomas idênticos.

Em pesquisa nos dois principais hospitais psiquiátricos do DF - Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e Instituto de Saúde Mental (ISM), Menezes e Silva (2013) almejam traçar um perfil manicomial da população do Distrito Federal, por meio do recorte de raça /gênero. Dos 239 prontuários analisados, 70% eram de mulheres (167 prontuários), concluindo-se que mais da metade dos pacientes dessas Instituições são do sexo feminino. É relevante salientar que grande parte dos pacientes das duas instituições analisadas é encaminhada a serviços de cunho comunitário, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidade que constituiu o local de pesquisa do presente trabalho. A partir disso, pode-se pensar a saúde mental enquanto campo de pesquisa que muito tem a oferecer e contribuir para o enriquecimento das discussões acerca das construções de gênero, bem como seus impactos sobre o processo de adoecimento de mulheres e homens. Através da análise crítica da saúde mental enquanto campo de atuação profissional torna-se possível a formulação de estratégias de intervenção direcionadas ao empoderamento, a fim de trilhar caminhos para a emancipação dos usuários em relação às construções históricas, culturais e sociais de gênero.

O trabalho está subdividido em quatro capítulos. O primeiro trata da saúde mental, sua contextualização histórica e a configuração atual do chamado Sistema Nacional de Saúde Mental, fruto de constantes mobilizações sociais articuladas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica. O segundo capítulo diz respeito ao caráter social do adoecimento mental, compreendendo as tentativas de enfrentamento ao paradigma biologizante e a construção do conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). O terceiro capítulo aborda as construções de gênero relacionadas à saúde mental, considerando a cultura como fator determinante para o adoecimento, principalmente no que se refere às mulheres. A análise dos dados coletados através de entrevistas com alguns dos profissionais da Instituição, contemplada no quarto capítulo, buscou a articulação dos elementos teóricos abordados e a realidade do sistema de saúde mental, bem como identificar a perspectiva profissional sobre de que forma as construções de gênero influenciam na maior quantidade de mulheres enquanto usuárias dos serviços do CAPS. A partir disso, tornou-se possível a tentativa de apontar a relação entre as principais motivações para o tratamento na Instituição e as relações desiguais provenientes das construções de gênero.

Metodologia

O projeto almejou a análise de um campo de pesquisa em particular, tentando a articulação entre os dados coletados em campo e os achados bibliográficos que representam um universo mais amplo. Desta forma, caracteriza-se por ser do tipo qualitativa. Minayo (2001) afirma que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares:

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 2001, p. 22)

Segundo a perspectiva qualitativa, Godoy (1995) afirma que o fenômeno pode ser mais bem compreendido inserido ao contexto do qual faz parte. Desta forma, *“o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes”* (Godoy, 1995, p. 21). A autora afirma ainda que tal modalidade de pesquisa pode direcionar-se por diferentes caminhos. A abordagem (caminho) utilizada para a realização do projeto foi o estudo de caso, que caracteriza-se como *“um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa*

profundamente” (Godoy, 1995, p. 25). Desta forma, a pesquisa visou a análise de uma situação em particular buscando a articulação com uma realidade mais ampla, visto que o pesquisador deve estar atento para a multiplicidade de dimensões presentes na realidade observada, mesmo que seu trabalho se inicie com objetivos teóricos bem definidos (Godoy, 1995).

Instrumento de Coleta de Dados

Segundo Manzini (1990), a entrevista semi-estruturada, semidiretiva ou semi-aberta, focaliza-se em um assunto sobre o qual constrói-se um roteiro com perguntas principais, que são complementadas com questionamentos momentâneos que surgem durante o ato da entrevista. Desta forma, refere-se a perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa (Manzini, 1990).

O instrumental utilizado consistiu em um roteiro semi-estruturado (em anexo) para realização das entrevistas com os profissionais. Este foi composto por três blocos de perguntas: (a) Identificação do Profissional, (b) Atuação no CAPS e (c) Demanda dos Usuários e Relações de Gênero. O formato utilizado para a realização do roteiro de entrevista foi compatível com o caráter qualitativo da pesquisa, que permite uma exploração ampla das categorias trabalhadas, possibilitando ao pesquisador apenas a direcionalidade das pautas, e ao entrevistado maior liberdade para acrescentar questões que considere importantes.

O Local de Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

O CAPS II que constituiu o campo de pesquisa localiza-se em região administrativa do Distrito Federal (DF). A Instituição realiza serviço especializado na atenção à Saúde Mental e pertence à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Desta forma, é de natureza pública e atende ao interesse público, desconsiderando qualquer intencionalidade de obtenção de lucro. Foi inaugurado no ano de 2006, período de grande estagnação de ações governamentais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A equipe conta com seis psicólogos, três terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, três médicos psiquiatras, um médico clínico, três enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e quatro técnicos administrativos.

A estrutura física do local condiz com as características necessárias para a realização do serviço, tais como a inserção na região do usuário, salas de atendimento, salas para a realização de atividades grupais, sala de gerência, área externa ampla, refeitório e sanitários. Desta forma, a instituição atende aos requisitos de recursos físicos determinados pelo Ministério da Saúde (2004a). A instituição objetiva a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que ainda encontra empecilhos para a sua efetivação. Preza pelo fortalecimento dos laços familiares e comunitários, rompendo com a lógica de isolamento social, presente na forma de tratamento tradicional, realizada por hospitais psiquiátricos. A Instituição conta atualmente com 503 prontuários ativos.

Cuidados Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS/UNB), a fim de garantir que as ações propostas estivessem em conformidade com os requisitos da ética na pesquisa social. Também foi subordinado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF), visto que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal será Instituição Coparticipante. O projeto foi aprovado em ambos (pareceres em anexo).

Visando a garantia do anonimato e a não exposição da Instituição e de seus profissionais, optou-se pela não identificação do CAPS estudado, bem como a região administrativa no qual está localizado. Os profissionais, sendo o grupo a ser pesquisado que necessita de um contato direto com o pesquisador, não se enquadram no grupo vulnerável. Entretanto, o sigilo foi garantido durante todas as etapas para a consolidação do Trabalho de Conclusão de Curso. Foi apresentado a todos os profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para leitura e assinatura previamente à realização das entrevistas, bem como o Termo de Autorização para Uso de Som de Voz. Os resultados serão disponibilizados na Instituição pesquisada, bem como no banco de dados da Universidade de Brasília (UNB).

A Realização da Pesquisa

A pesquisa foi iniciada em março de 2016, com a elaboração do projeto e a pesquisa bibliográfica acerca do tema “Gênero e Saúde Mental”. Posteriormente, buscou-se o contato com a Instituição alvo da pesquisa. Em reunião, esclarecimentos foram prestados acerca das ações propostas. Após a obtenção da autorização formal, compareci à reunião de equipe, a fim de convidar todos os profissionais presentes para a participação na pesquisa. Foram realizadas sete entrevistas, que ocorreram no período entre os dias 10 e 30 de agosto de 2016. Estas foram realizadas no espaço da própria Instituição e nos horários de disponibilidade dos profissionais voluntários. As entrevistas não foram de longa duração, considerando a agenda dos profissionais e a estruturação do roteiro, focalizado especificamente nos objetivos do trabalho. No entanto contemplaram as questões do roteiro, o que possibilitou a análise qualitativa dos objetivos do trabalho.

Além da realização de entrevistas com profissionais, o projeto apresentava como proposta a realização de pesquisa em fichas de acolhimento, a fim de complementar os dados obtidos por meio das entrevistas, além de construir o perfil dos usuários do CAPS II em relação a sexo, idade, motivação para a procura do serviço e tempo de permanência. Tal proposta não foi possível de ser realizada, em virtude da morosidade do processo de aprovação do projeto pelos Comitês de Ética aos quais foi submetido.

CAPÍTULO I – A SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AO ATUAL SISTEMA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO

1. O Movimento de Reforma Sanitária

Bravo (2006) afirma que o Brasil, considerado um país de democracia recente, também apresenta um modelo público de ações e serviços de saúde historicamente recente. A consolidação de tal modelo só se fez possível por meio da luta constante de atores sociais envolvidos na construção de uma saúde como direito de todos e dever do Estado. Na década de 1970, contexto de grande repressão do período ditatorial no País, surge o movimento de Reforma Sanitária, contando com a participação ativa da sociedade civil. Este emerge como parte da luta democrática (Teixeira, 2009). A construção de tal projeto de reforma parte da noção de crise do conhecimento e prática médica, do autoritarismo e do próprio sistema de saúde oferecido à população (Fleury, 1988). Nesse contexto, a saúde assume uma dimensão política, entendida como vinculada à democracia (Bravo, 2006).

Bravo (2006), almejando a reconstrução do percurso histórico da saúde no Brasil, afirma que esta perpassa três momentos organizacionais distintos: os antecedentes da ação estatal (séculos XVIII, XIX e início do século XX), o início da intervenção do Estado na saúde (1930 a 1964) e a política de saúde na Ditadura Militar (1964 a 1974). A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que inicia-se na década de 1980 com a Constituição de 1988, constitui marco histórico fundamental para a conquista da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Tal conquista expressou um processo amplo de mudanças entre o Estado e a Sociedade, em suas relações políticas (Rodrigues, 2014).

O século XVIII foi marcado pela filantropia e a prática liberal na prestação dos serviços de saúde, sem a participação estatal. No século XIX, algumas ações estatais surgem no âmbito da saúde, como as práticas de vigilância do exercício profissional e campanhas limitadas de saúde. No fim desse período, a saúde surge como bandeira significativa do nascente movimento operário brasileiro (Bravo, 2006). No início do século XX, algumas iniciativas para a organização da saúde surgem e são aprofundadas na década de 1930. Segundo Braga e Paula (1986):

A saúde emerge como questão social no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão social do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (Braga e Paula, 1986; p. 41-42).

Nesse período, ocorre a Reforma Carlos Chagas (1923), contribuindo para a futura formação de um sistema previdenciário, a partir de uma lógica médica-curativa. Na década de 1930, com a industrialização e a redefinição do papel do Estado, a saúde necessitava tornar-se questão política, considerando as precárias condições de higiene, habitação e saúde de grande parte da população. Tem-se assim, a criação de uma “política de saúde”, de caráter nacional, a partir de dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária (Bravo, 2006). A primeira garante as condições mínimas para as pessoas não inseridas no mercado de trabalho, e a segunda apresenta caráter contributivo, a partir dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), visando a saúde individual dos trabalhadores formais (Paiva e Teixeira, 2014). Na década de 1950, há a estruturação consolidada do sistema de saúde privada, apontando para a formação de grandes empresas médicas. Tal forma de organização, de caráter contencionista, não foi capaz de controlar o quadro de doenças infecciosas e as altas taxas de mortalidade.

No período ditatorial, com o aumento significativo da repressão e a diminuição da saúde pública, a medicina previdenciária atinge quase a totalidade dos trabalhadores. Em tal contexto, há uma expansão da saúde privada com o incentivo do governo (Paiva e Teixeira, 2014). Um dos objetivos consistia na privatização de parte dos serviços públicos de saúde, considerados não lucrativos (Paiva e Teixeira, 2014). Na década de 1970, ocorre a formação do movimento de Reforma Sanitária, com as propostas de universalização do acesso aos serviços de saúde, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o caráter descentralizado da gestão, financiamento estatal e a criação dos conselhos para controle democrático.

Com a realização de 8ª Conferência Nacional de Saúde, novos temas são inseridos no cenário político de reformulação do sistema de saúde. A saúde como direito de cidadania, a reformulação da saúde e o financiamento do setor são discussões abordadas e que alimentaram o debate promovido durante o processo de formulação da Constituição Federal de 1988 (Noronha, Lima e Machado, 2008). A pressão realizada pelo movimento de Reforma Sanitária e pela sociedade civil durante a Assembleia Nacional Constituinte resultou na conquista de grande parte das reivindicações do movimento, com destaque para a aprovação

do SUS. Aborda-se um conceito ampliado de saúde, garantida mediante políticas públicas e econômicas para a redução de riscos e o acesso igualitário e universal ao sistema.

Desta forma, a lei 8.080/90 define o SUS como um *“conjunto de ações de serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”*. Seus princípios e diretrizes são: a universalidade no acesso, a igualdade na assistência à saúde, a integralidade das ações, a participação democrática da comunidade através dos conselhos de saúde, a descentralização político-administrativa e a equidade nas formas de acesso ao sistema de saúde.

Apesar das dificuldades encontradas para a implantação do SUS, a partir do processo de contrarreforma iniciado na década de 1990 e os constantes ataques da ofensiva neoliberal ao sistema de saúde público brasileiro, o SUS ainda persiste como principal mecanismo de tratamento à saúde no País. A consolidação da Reforma Psiquiátrica (RP) constitui uma das pautas inerentes às lutas para a consolidação do SUS, tal como disposto na Constituição de 1988. A relação entre o movimento de Reforma Sanitária e o processo da luta antimanicomial a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica é fundamental para as conquistas em direção à reorganização do sistema de saúde mental no Brasil, inserido no âmbito do SUS.

2. Contextualização Histórica da Saúde Mental no Brasil

2.1. A Saúde Mental no Brasil antes da Reforma Psiquiátrica

Antes do início do movimento de Reforma Psiquiátrica da década de 1970, a única opção para pessoas com transtorno mental era a inserção, na maioria das vezes involuntária, em hospitais psiquiátricos. A dinâmica institucional dos manicômios apontava para situações de agressão, maus tratos e um alto índice de mortalidade entre os pacientes internos. Há registros de formas de tratamento que violavam nitidamente a integridade física e moral dessas pessoas, como também a medicalização abusiva para a “cura” do adoecimento mental. O maior exemplo da forma de tratamento oferecida por essas instituições foi o caso do Hospital Psiquiátrico Colônia, em Barbacena (MG). Criado em 1903, o local foi responsável por mais de 60 mil mortes durante seu período de funcionamento. Vale ressaltar que a maioria

dos pacientes psiquiátricos não apresentava quadro de adoecimento mental. O propósito de internação era outro: a “limpeza social”. Segundo Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014):

Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnóloga de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade. (Figueirêdo, Delevati e Tavares, 2014, p. 126).

Os episódios foram trazidos à memória do País com o livro “Holocausto Brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex (2013), através da denúncia das condições precárias e desumanas na qual viviam os pacientes da Instituição. Segundo o registro da autora, de cada dez internos, sete não apresentavam transtorno mental. A maioria dos pacientes não passavam de homossexuais, pessoas com epilepsia, prostitutas, alcoolistas, dentre outros. Tal lógica de tratamento perdurou no Brasil até a década de 1980, ano de extinção do Hospital Colônia. O fim dessa forma de pensar e tratar a saúde mental só foi possível com a articulação de atores sociais mobilizados a partir da denúncia de maus tratos e agressões cotidianas em hospitais psiquiátricos do País. Forma-se então, na década de 1970, o movimento de Reforma Psiquiátrica, almejando o fim dos manicômios, os direitos dos pacientes psiquiátricos e uma nova organização do sistema de saúde mental do Brasil.

2.2.O Movimento de Reforma Psiquiátrica

A nova forma de pensar o adoecimento mental, considerando os fatores culturais e sociais envolvidos no processo de adoecimento e a denúncia de maus tratos sofridos na dinâmica manicomial, ocasionou, a partir do questionamento do saber psiquiátrico, a crise do modelo hospitalocêntrico. Por meio dessa nova perspectiva, atores sociais mobilizaram-se com o propósito de uma reforma radical na forma de pensar e tratar a saúde mental, dando início aos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Desta forma, o fim da década de 1970 é marcado pela eclosão do movimento de Reforma Psiquiátrica (RP), que almejou a garantia da cidadania dos indivíduos com transtorno e o fim do modelo centrado na clínica (Tenório, 2002). Apesar da relação temporal e o compartilhamento de

princípios e diretrizes com o movimento de Reforma Sanitária, o movimento de Reforma Psiquiátrica possui história e trajetória próprias.

O movimento foi constituído de vários atores sociais, contando com profissionais de saúde mental, familiares dos pacientes psiquiátricos e os próprios usuários dos serviços. Desta forma:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2005, p. 6).

Tratou-se, desta forma, de um esforço conjunto de atores sociais, considerando que a eclosão de tal movimento social se deu em conjunto com o contexto de redemocratização do País (Tenório, 2002). Para melhor compreender as bases de formação do movimento de Reforma Psiquiátrica, faz-se necessária a análise dos fatos históricos mais significativos para impulsionar a mobilização social em torno da necessidade de uma reforma no sistema de saúde mental brasileiro.

2.3. Marcos Históricos para a Consolidação da Reforma Psiquiátrica

Como primeiro marco histórico fundamental tem-se o início do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com início efetivo em 1978. Este combinou reivindicações trabalhistas e o discurso humanitário, avançando até se estabelecer enquanto movimento de luta antimanicomial (Tenório, 2002). Inspirado na experiência de desinstitucionalização e redução de leitos na Itália¹, o movimento apresenta como principais bandeiras o fim da violência praticada na dinâmica dos hospitais psiquiátricos, o questionamento do saber médico na saúde mental e a crítica ao modelo centrado do hospital psiquiátrico (Brasil, 2005).

¹ A chamada Psiquiatria Democrática inicia-se na Itália, baseada na extinção de hospitais psiquiátricos e na abertura de centros de atendimento em bairros residenciais, a fim de inserir o paciente novamente na sociedade.

Cerca de nove anos após o início desse movimento, alguns passos iniciais são dados pelo Estado, como ações percussoras para o processo de desinstitucionalização da saúde mental e a formação de uma nova forma de organização desse sistema. As conferências são parte importante do processo de reforma e podem potencializar mudanças no ordenamento jurídico político (Oliveira, 2012). Em 1987, em Brasília, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com o debate sobre a reorganização do sistema de saúde mental e os direitos dos pacientes, porém a lógica predominante ainda centrou-se nos hospitais psiquiátricos. O período contou com a forte resistência da iniciativa privada em saúde, com a defesa da estrutura manicomial e com o conservadorismo do saber psiquiátrico (Tenório, 2002).

No mesmo ano, em São Paulo, ocorre a abertura do CAPS Luíz Cerqueira, primeiro Centro de Atenção Psicossocial do País. Passados dois anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) promove intervenções na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico com extenso histórico de maus tratos e morte entre os pacientes. Nesse mesmo período, são implantados nesse município o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)² com funcionamento 24 horas, assim como cooperativas e residências terapêuticas para pacientes que acabam de sair de hospitais psiquiátricos. Assim, a experiência vivenciada em Santos constitui um marco na história de construção de um novo modelo de organização para o sistema de saúde mental brasileiro. Tal experiência operava sobre duas lógicas: a criação de uma rede de atendimento substitutiva aos manicômios e a promoção de uma nova forma de relação entre a sociedade e as pessoas com transtorno (Cardoso, Trino, Pedra e Madeira, 2014).

As conquistas do movimento de Reforma Sanitária durante o processo decisório da Assembleia Nacional Constituinte são refletidas formalmente na Constituição Federal de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a maior de suas conquistas, abriu caminhos para o início da luta do movimento de Reforma Psiquiátrica nos âmbitos legislativo e normativo (Brasil, 2005). Em 1989, entra em tramitação o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), marco fundamental para o início desse processo (Brasil, 2005). Este previa a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a proposta para a extinção gradativa dos manicômios ainda existentes no País.

² Unidades de saúde regionalizadas instituídas juntamente com os CAPS pela portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992.

O período entre 1992 e 2000 abrange o início efetivo da criação de um sistema desinstitucionalizado de saúde mental. Inspirados pelo Projeto de Lei de Paulo Delgado, movimentos sociais conseguem a aprovação, em diversos estados, das primeiras leis voltadas à substituição dos hospitais psiquiátricos pela rede integrada de saúde mental: a rede comunitária. Ainda na década de 1990, surgem as primeiras normas destinadas à implantação de serviços de atenção contínua/diária, baseada na dinâmica dos CAPS/NAPS, advinda das experiências no município de Santos (SP) (Brasil, 2005). Entretanto, o processo de construção dessas instituições é descontínuo e não contava, até então, com um financiamento específico do Ministério da Saúde, visto que grande parte dos recursos ainda era destinada ao funcionamento de manicômios (Brasil, 2005).

No mesmo período, o Brasil, juntamente com 21 países, assina a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas (Brasil, 2005). Traz contribuições fundamentais à constituição efetiva de uma política nacional de saúde mental. Produzido durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, o documento verifica que o modelo de tratamento vigente não permite alcançar objetivos relacionados ao atendimento comunitário, descentralizado, participativo integral, contínuo e preventivo, ao isolar o paciente do meio no qual vive, criar condições desfavoráveis ao exercício dos direitos humanos e civis, requerer a maior parte dos recursos financeiros destinados à saúde mental e oferecer ensino insuficiente em relação às necessidades da população em relação à saúde mental e outros setores (OMS, 1990).

Ocorre, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “*A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania*”. As deliberações foram significativas para a construção de uma rede de atenção à saúde mental e para a transformação da legislação vigente, a fim de substituir progressivamente o modelo tradicional de tratamento (Cardoso, Trino, Pedra e Madeira, 2014). Pela primeira vez na história, se pôde contar com a participação significativa de usuários dos serviços de saúde mental e familiares. Desta forma, a conferência não só aprofundou a discussão sobre as críticas ao modelo hospitalocêntrico, como também esboçou o formato de um novo sistema de saúde mental. Assim:

Em síntese, a II Conferência representou um marco significativo na história recente da política de saúde mental, na qual se pôde aprofundar tanto as críticas ao modelo hegemônico, quanto formalizar o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, seja no que diz respeito às lógicas, conceitos e valores que deveriam reger a estruturação da rede de atenção assim como da forma de lidar com as pessoas com a experiência dos transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadão. (Brasil, 2001, p. 16).

Doze anos após a sua criação e por meio da luta contínua dos movimentos sociais, a lei Paulo Delgado é sancionada, porém a aprovação veio para um substitutivo desse Projeto de Lei, que contou com importantes alterações (Brasil, 2005). Transformada na Lei Federal 10.216 de 2001, esta privilegia o atendimento dos pacientes em serviços de base comunitária e dispõe sobre os direitos e proteção das pessoas com transtornos mentais, porém não institui mecanismos claros para a extinção efetiva dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). É no contexto da promulgação dessa Lei que a política de saúde mental se consolida no contexto brasileiro, ganhando mais sustentação e visibilidade.

Linhas específicas de financiamento são destinadas ao processo de formação de um sistema de atendimento extra-hospitalar, com a abertura de redes de atendimento diário em regiões do País com extensa tradição hospitalar (Brasil, 2005). Os direitos estabelecidos com a promulgação da Lei são: acesso ao melhor tratamento de saúde, de acordo com suas necessidades; tratamento humanitário e respeitoso e no interesse exclusivo de preservação da saúde, visando alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; garantia de sigilo das informações prestadas, direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a real necessidade ou não da hospitalização involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; obtenção do maior número de informações a respeito do adoecimento e seu respectivo tratamento; tratamento terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde (Brasil, 2001). Nota-se então, a primazia e o reforço da necessidade de ampliação dos serviços de base comunitária, como os CAPS/NAPS.

Outro processo histórico fundamental para a construção de uma efetiva política nacional de saúde mental foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Realizada no ano de 2001, é convocada logo após a promulgação da Lei 10.216. Contou com a participação de pacientes psiquiátricos, familiares, profissionais da saúde mental,

organizações sociais, dentre outros atores sociais, que totalizaram cerca de 23.000 participantes (Brasil, 2005). Nesse encontro são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a realização de mudanças significativas na atenção em saúde mental no Brasil (Brasil, 2005). A partir do tema “*Cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade e controle social*”, enfatiza, dentre outros aspectos, a necessidade de criação de uma rede assistencial em saúde mental de caráter comunitário, visto que:

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania. (Brasil, 2002, p. 23).

Concorda-se com Oliveira (2012), ao afirmar que “[...] desenvolve-se, no Brasil, um importante processo social que visa reformular o modelo de atenção em saúde mental e busca um novo lugar social para as pessoas acometidas de transtornos psíquicos” (Oliveira, 2012; p. 52). A partir da acumulação histórica das contribuições advindas dos marcos históricos anteriormente citados, percebe-se a formação gradativa de uma política de saúde mental pautada na exclusão do modelo centrado no hospital psiquiátrico, na luta contínua pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e na necessidade de formação efetiva de um sistema de saúde mental de base comunitária, a partir da implantação de CAPS/NAPS, residências terapêuticas e demais iniciativas que priorizam a necessidade da inserção social dos pacientes como fator indispensável à cura, em contraposição ao isolamento social propiciado pela dinâmica manicomial.

3. A Atual Organização do Sistema de Saúde Mental no Brasil: a Política Nacional de Saúde Mental

De acordo com o portal da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.612/02, busca consolidar um modelo de sistema aberto e de base comunitária. No lugar do isolamento, a convivência familiar e social seria fator importante para o processo de recuperação do paciente. Desta forma, há a garantia da livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e recursos oferecidos pelo sistema.

Os princípios da política de saúde mental brasileira encontram-se sintetizados nas resoluções presentes na Declaração de Caracas. O documento declara que os recursos, cuidados devem resguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário (OMS, 1990), dentre outros aspectos referentes às legislações nacionais que irão resguardar os direitos dos cidadãos que vivenciam o transtorno mental. A rede de atendimento é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas (RT), os Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). O programa de Volta para Casa também faz parte dessa política.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Segundo a definição do Ministério da Saúde:

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. ” (Brasil, 2004a, p. 13).

Por priorizar o tratamento dos usuários junto à comunidade, o CAPS é um serviço de atendimento de saúde mental que surge como contraponto à dinâmica de isolamento social promovida pelos extintos hospitais psiquiátricos. Em sua dinâmica interna, visa prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social do usuário através de ações intersetoriais; organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, coordenar junto aos gestores locais a supervisão de unidades hospitalares de sua área de abrangência; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Brasil, 2004a).

Os CAPS diferenciam-se quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais disponíveis, atividades propostas e quanto à especificidade da demanda (Brasil, 2004a). Podem ser (a) CAPS I e II, visando o atendimento diário de adultos com transtornos

severos e persistentes, de acordo com sua área de abrangência, (b) CAPS III, especializado no atendimento diário e noturno da população adulta com transtornos severos e persistentes, durante toda a semana, (c) CAPSi, voltado ao atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos severos e persistentes ou (d) CAPSad, que visa tratamento de adultos usuários de álcool e outras drogas, oferecendo também leitos de desintoxicação. Há também o CAPSadi, para o atendimento de crianças e adolescentes com a mesma demanda. As atividades realizadas nos CAPS caracterizam-se pela realização em local aberto, acolhedor e inserido na comunidade na qual o usuário reside, facilitando ações intersetoriais, a fim de promover a interação do usuário com o meio no qual vive.

As Residências Terapêuticas

As residências terapêuticas (RT) consistem em casas, localizadas em área urbana, com o objetivo de responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (Brasil, 2004b). Surgem da necessidade de disponibilização, por parte do Estado, de moradia e recursos à pacientes, em sua maioria egressa da dinâmica hospitalar, que não contam com um suporte familiar ou de outras naturezas. Cada unidade deve ser organizada de acordo com as necessidades de seus moradores, visto que a proposta é uma moradia ao público-alvo dessas instituições.

Centros de Convivência e Cultura

Constituem espaço de articulação com a vida cotidiana para as pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, que apresentam transtornos graves e persistentes. Podem ser realizadas atividades culturais e de sociabilidade como forma de intervenção e inserção na respectiva comunidade.

Leitos de Atenção Integral

Voltados para a realização de intervenções em situações emergenciais em decorrência de crises dos usuários dos serviços. Estão presentes em Hospitais Gerais e nos CAPS III. Utilizados também para repouso e observação de pacientes, caso se julgue necessário.

Programa “de Volta para Casa”

Criado em 2003 durante o governo Lula, consiste na concessão do auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com transtornos mentais com longo histórico de internação. Atende o seguimento desprovido de amparo social e familiar, assegurando condição social eficaz, a fim de evitar o agravamento do adoecimento e o abandono social do paciente (Brasil, 2003). A partir do programa, é realizado um trabalho de sensibilização junto a família para receber o paciente em seu retorno ao convívio familiar.

Desta forma, a atual política de saúde mental no Brasil é fruto da mobilização de usuários, profissionais e familiares em torno de objetivos comuns: a denúncia dos maus tratos sofridos frequentemente em hospitais psiquiátricos e a extinção dessas instituições. Tem-se como resultado dessa luta, que persiste há quatro décadas, mas que mantém-se necessária, a formação de uma rede de atendimento desinstitucionalizada e que priorize a inserção contínua dos usuários do sistema na sociedade, por meio de ações setoriais e recursos que permitam dar os primeiros passos rumo à autonomia do usuário, enquanto cidadão.

CAPÍTULO II - O CARÁTER SOCIAL DO ADOECIMENTO

4. Rompendo com o Paradigma Biologizante

O esforço de se compreender o processo saúde-doença, suas implicações e as formas de intervir sobre ele sempre se deparou com a interferência de vários fatores determinantes. Ao longo da história, diferentes formas de pensar e tratar o processo saúde-doença estavam relacionadas aos distintos modelos civilizatórios (Carvalho e Buss, 2008). Desde o final dos anos sessenta intensificou-se a polêmica sobre o caráter da doença, a partir do profundo questionamento do saber dominante (Laurell, 1982). Os momentos específicos de entendimento do processo saúde-doença são importantes para a compreensão do processo de superação do paradigma puramente biologizante e para a construção histórica do conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Carvalho e Buss (2008) contribuem para o apanhado histórico do processo saúde doença. Os autores afirmam que no período da Antiguidade Clássica, contou-se com a explicação metafísica para o fenômeno do adoecimento, visto como “vontade dos deuses”. Era comum a busca de terapias místicas. Porém, nesse período, Hipócrates conduz aos primórdios do pensamento científico, bases do pensamento médico ocidental. A Baixa Idade Média conta com a ascensão do monoteísmo cristão, que considerava o adoecimento como punição divina, no qual a cura só seria possível com a penitência e o castigo. Tal período experimenta o retrocesso do reduzido conhecimento sanitário da época.

O Renascimento, ao contar com o surgimento do pensamento racional inspirado na desnaturalização do mundo, encontra nas grandes epidemias um objeto de estudo e observação científica, o que promove a reflexão acerca das causalidades do adoecimento, considerando a influência de fatores externos (Carvalho e Buss, 2008). O período apresenta como marco o surgimento da Teoria dos Miasmas, que atribuía às condições de vida insalubres a origem do contágio e difusão de epidemias.

No período da Modernidade, através dos avanços epistemológicos na desnaturalização do mundo, das trocas mercantis e reestruturação de classes e segmentos sociais, ocorre o surgimento de políticas públicas, pautadas em ações coercitivas e regulatórias. Considera-se cientificamente o impacto de condições externas sobre a saúde da sociedade. Cria-se uma tradição de estudos que relacionam a saúde, as condições de vida, e os ambientes sociais e

físicos como determinantes ao processo saúde-doença. Os séculos XVII e XVIII contam com os primórdios da saúde pública nas sociedades ocidentais, visto que estudiosos já afirmavam que a pobreza e más condições de vida eram causas importantes do adoecimento (Carvalho e Buss, 2008).

Porém, com o advento da microbiologia, que levou à *revolução pesteuriana* e consequentemente o desenvolvimento da biomedicina, conhecimento voltado ao estudo de estruturas biológicas e funcionamento do corpo, a dimensão social e pensamento social ficaram adormecidos ou negligenciados por quase um século (Carvalho e Buss, 2008). Mantém-se na história, uma visão puramente biológica sobre o processo de adoecimento, no qual observa-se apenas as desestabilizações físicas do corpo humano, desconsiderando os aspectos sociais que incidem sobre o processo saúde-doença.

Com o passar dos anos, a biomedicina mostrou-se insuficiente para explicar a causa e as formas de tratamento do adoecimento. Isso gerou, a partir dos anos 60, um intenso debate sobre o real caráter do adoecimento. Discutiu-se se a ciência é essencialmente biológica ou se apresenta caráter social (Laurell, 1982). Desenvolve-se assim, um pensamento crítico em relação ao paradigma biologizante, pensando as dimensões sociais e culturais como determinantes da promoção da saúde (Carvalho e Buss, 2008). A saúde passa a ser entendida como produto da relação de vários fatores inter-relacionados, entre eles os padrões adequados de habitação e saneamento, o ambiente social e a convivência familiar.

Inspirado na construção dessa concepção crítica acerca do processo saúde-doença, surge um modelo explicativo abrangente do processo de adoecimento, denominado “Modelo do Campo de Saúde”. Segundo ele, as condições de saúde abrangem quatro fatores: o patrimônio biológico (aspectos físicos e mentais); condições sociais, econômicas e ambientais nas quais a pessoa vive; o estilo de vida adotado (hábitos pessoais); e os resultados das intervenções médico-sanitárias (Carvalho e Buss, 2008). Tal modelo parte do reconhecimento de que a doença não é ocasionada por fatores puramente físicos, mas que compreende os processos sociais e ambientais em questão.

Essa concepção parte, assim, do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e qualidade de vida. (Carvalho e Buss, 2008, p. 151).

Desta forma, inicia-se uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, que culmina no desenvolvimento do conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DDS). Tal conceito será trabalhado nas sessões subsequentes, considerando a cultura como fator indispensável à construção da subjetividade dos indivíduos, exercendo também um papel significativo no processo de adoecimento.

5. A Mudança na Concepção da Loucura

As críticas ao paradigma biologizante também repercutiram no saber psiquiátrico. O período entre as décadas de 60 e 70 foi marcado por mudanças, por meio do questionamento das bases desse saber no mundo, a partir das contribuições de pensadores, tendo seu maior expoente Michel Foucault. A partir de sua obra “História da Loucura” foi possível a reflexão sobre as concepções de loucura vigentes, bem como sobre as práticas que incidiam sobre o adoecimento mental. O livro aborda a tese de que a loucura não constitui-se enquanto fato da natureza: trata-se de um fato da civilização (Sander, 2010). Tal visão se contrapõe ao conhecimento disseminado pela comunidade psiquiátrica do momento, visto que consideravam apenas fatores biológicos como causas do adoecimento mental, visão que conduzia à culpabilização do indivíduo por sua condição. Desta forma:

A crítica às hipóteses psicogenéticas e biogenéticas frequentemente deslizou para uma perspectiva que – a pretexto de superar as ingenuidades ou reduções dessas concepções – acabou por diluir a especificidade do fato psicopatológico numa complexidade de fatores sociais. Cuidar da loucura passou a significar fazer das instituições assistenciais agentes de mudança cultural e política (Brasil, 1992, p. 36).

Tal concepção se fez presente no pensamento formador do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MSTM) e exerceu forte influência para a eclosão do movimento de Reforma Psiquiátrica durante a década de 1970, que aponta a necessidade de compreender a doença como fenômeno de caráter coletivo (Vecchia e Martins, 2006). Reivindica-se a necessidade de mudanças conceituais em relação ao processo de adoecimento mental, excluindo-se o enquadramento em modelos estanques, conhecendo as dificuldades, valores, crenças e preferências da população (Silva, 1992). Desta forma, não era suficiente apenas mudanças no tratamento institucional do adoecimento mental, através da extinção de manicômios, mas sim a necessidade de reconhecimento do caráter social do processo de adoecimento, impondo-se a necessidade de se buscar novas formas de tratamento (Vecchia e

Martins, 2006). Observa-se, a partir da ascensão desse movimento, a busca por novas formas de pensar e tratar a saúde mental, bem como uma reforma no sistema de saúde mental baseado no modelo hospitalocêntrico.

6. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Os Determinantes sociais da Saúde (DSS) não possuem apenas uma conceituação, porém é consensual a percepção de que as condições de vida e trabalho da população incidem sobre o processo saúde-doença (Buss e Filho, 2007). A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) afirma que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam o processo de adoecimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma, de forma sintética, que consistem em condições que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) pensa no fator intervenção, ao definir como fatores e mecanismos com os quais as condições sociais interferem na saúde, e que podem ser alterados com base em ações informativas. Por fim, Tarvlov (1996), sinteticamente, conceitua como características sociais nas quais a vida transcorre (Buss e Filho, 2007).

Em consonância com o questionamento do paradigma biologizante, a ideia de fatores sociais determinantes para o fenômeno do adoecimento ganhou espaço em contextos de discussão política, no período de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, e permanecem em discussão até os dias atuais. Contudo, isso não significa que o paradigma biologizante foi completamente ultrapassado. Tal forma de considerar apenas causalidades biológicas para o surgimento da doença ainda norteia as grandes indústrias farmacêuticas e o complexo médico-hospitalar, que lucram a partir da medicalização excessiva e tratamentos puramente físicos (Carvalho e Buss, 2008). Desta forma, a tensão entre o olhar biologizante e a ideia de fatores externos como determinantes da saúde, embora historicamente travada, ainda permanece atual e vigente.

Vários modelos foram elencados ao longo da história para explicar a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença, porém o modelo selecionado para análise foi o formulado por Dahlgren e Whitehead (1999). Isto porque o modelo ilustra as determinações do processo saúde-doença, considerando as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Tal forma de enxergar os fatores determinantes aponta para a necessidade

de uma nova compreensão em relação às ações necessárias para a promoção e prevenção da saúde:

Enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolve, portanto, ações não apenas no sistema de saúde, mas sim mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, bem como intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas interssetoriais. (Carvalho e Buss, 2008, p. 160).

Desta forma, o que nos interessa na percepção de tal modelo é a consideração do fator *cultura*, ao incluir os aspectos mais gerais do cotidiano social do indivíduo.



Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead

(Fonte: Determinantes Sociais da Saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde)

No modelo de camadas proposto por Dahlgren e Whitehead, na base encontra-se o estilo de vida dos indivíduos, considerando a idade, o sexo e os fatores hereditários. Na camada seguinte, constam as redes sociais e comunitárias, que estabelecem forte influência nas aceções e modo de vida individual. É nessa esfera das relações sociais que encontramos o fator cultural. Tal fator estabelece uma relação de trocas com o estilo de vida individual, considerando que a esfera sociocultural é fundamental à construção de um *Paradigma Pessoal*, termo cunhado por Fávero (2010), ao destacar a importância dos significados advindos da sociocultura na formação do indivíduo, sem desconsiderar os fatores que o tornam único e particular. Desta forma, é a partir do contato com as redes sociais e

comunitárias que o indivíduo constrói seu modo de pensar, com base em fatores culturais hegemônicos do meio no qual vive.

Agir sobre tal aspecto torna-se um desafio complexo, pois a mudança de comportamento de riscos depende de mudanças nas normas culturais que os influenciam (Buss e Filho, 2007). Para atuar de forma eficaz sobre tal aspecto, tornam-se necessárias ações abrangentes, que incidam sobre o comportamento coletivo, através de programas educativos que mobilizem a comunidade e os meios de comunicação social, bem como a criação de espaços públicos de discussão sobre os efeitos gerados pelas aceções culturais disseminadas amplamente na sociedade.

Tal discussão torna-se necessária, principalmente no que se refere às questões de gênero e sua relação com o processo de adoecimento. Não é novidade que as construções de gênero estão alicerçadas na esfera cultural. Tais construções encontram-se engendradas na dinâmica social, o que só é possível a partir da manutenção de um *patriarcado contemporâneo* (Fávero, 2010), que renova os estereótipos atribuídos aos indivíduos de acordo com o sexo biológico, promovendo cobranças em relação aos padrões de comportamento hegemônicos, em outras palavras, em relação às atitudes consideradas femininas às mulheres, e comportamentos masculinizados aos homens. Porém, qual a relação entre a exigência de manutenção desses estereótipos e o processo de adoecimento, especificamente o adoecimento mental? O próximo item será dedicado à tentativa de explicação do estabelecimento de uma relação direta entre as construções de gênero e a saúde mental.

CAPÍTULO III - GÊNERO E SAÚDE MENTAL

7. Definindo as Construções de Gênero

Para Saffiotti (1997) gênero, assim como raça e classe, não constitui apenas categoria de análise, visto que antes de serem afirmadas enquanto construções intelectuais existem na realidade enquanto categorias históricas. Além disso, pode também constituir categoria política para a análise da categoria “igualdade” (Araújo, 2005). Desta forma, antes de iniciar a argumentação acerca da relação entre as construções de gênero e a saúde mental, se faz importante discutir conceitos-chave, que estão presentes em todas as discussões sobre a categoria gênero, referenciados frequentemente como sinônimos.

O passo inicial é estabelecer a diferenciação fundamental entre as categorias “sexo” e “gênero”. A primeira diz respeito às características biológicas, à descrição dos aparelhos reprodutivos, assim como à caracterização de “traços” biológicos secundários (Cabral e Diaz, 1998). A segunda categoria, ao contrário, enfatiza a noção de cultura como fator determinante para a construção de características femininas e masculinas, situando-se na esfera social (Araújo, 2005). Desta forma, “gênero” enquanto conceito contrapõe-se ao determinismo biológico presente nos termos “sexo” e “diferença sexual” (Zanello, Fiuza e Costa, 2015). Este surge para referenciar os debates acerca da subordinação da mulher, sua reprodução e as práticas que sustentam a supremacia do masculino, através das desigualdades de gênero (Costa, Silveira e Madeira, 2012). Desta forma, Scott afirma que:

No seu uso mais recente, o “gênero” parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O gênero sublinhava também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. (Scott, 1989, p. 5).

A análise do campo da saúde mental sob a perspectiva de gênero ainda é incipiente, porém alguns estudos já ressaltam que a experiência do sofrimento psíquico é constituída socialmente (Zanello, Fiuza e Costa, 2015). Santos (2008) afirma que a questão de gênero resulta de um processo de construção de identidades diferenciadas, constituídas com base em relações de poder, apoiando-se na histórica desigualdade de gênero. Considera gênero como *“uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo primeiro no*

seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado". (Santos, 2008, p. 33-34). Costa, Silveira e Madeira (2012) atentam para a importância da apreensão das relações de poder em suas diversas formas e manifestações, a fim de comprovar que as relações de gênero não são constituídas de categorias estanques e maniqueístas, compreendendo apenas a relação entre dominantes e dominados. Desta forma, *"dizer o que é ser homem, o que é ser mulher, atribuir significados, papéis e funções diferenciadas [...] vai estabelecer relações de poder que por vezes colocará os sujeitos em polos opostos e desiguais"* (Costa, Silva e Madeira, 2012, p. 5). Ao contrário, são passíveis de reformulações e/ou transformações.

Dessa forma, consideram-se as relações de poder nas quais ocorrem a supremacia do masculino em relação ao feminino. Essa forma de desigualdade que se renova através de convenções sociais, principalmente no que se refere à educação escolar, e por meio das relações familiares, que obedecem aos moldes de gênero tradicionais. Zanello, Fiuza e Costa (2015) afirmam o sofrimento psíquico enquanto constructo social, moldado segundo os valores estereotipados de gênero. Tais moldes geram formas de classificação baseadas nos aspectos mais característicos de cada sexo. A masculinidade baseia-se na liberdade de ação, no espírito aventureiro e o número de conquistas que estes logram no decorrer de sua vida (Santos, 2008). A feminilidade, por outro lado, segue em direção oposta, baseada na quietude, fragilidade, submissão e "talento" para exercer o cuidado com o outro. Desta forma, as sociedades contemporâneas sinalizam para a definição de papéis e funções diferenciadas aos indivíduos, segundo suas respectivas identidades de gênero (Costa, Silveira e Madeira, 2012).

As construções de gênero surgem a partir de tal caracterização, que implica na formação social e histórica de identidades masculinas e femininas. As relações de gênero, frutos de processos pedagógicos nos quais os indivíduos estão inseridos desde o nascimento, reforçam as desigualdades e contribuem para a construção de papéis sexuais constituídos culturalmente em determinado tempo e espaço (Cabral e Diaz, 1998). As formas pré-determinadas de pensar a masculinidade e a feminilidade submetem os indivíduos ao controle social, que exige determinados tipos de atitudes/comportamentos característicos de cada sexo. Tais exigências repercutem em todos os aspectos da vida do indivíduo, até mesmo na forma de pensar e tratar a saúde, que também é determinada a partir da perspectiva de preservação da masculinidade ou a feminilidade.

8. Gênero e Saúde Mental: uma relação direta?

Com a proposta de explorar a presença do adoecimento psíquico a partir das abordagens de gênero, Santos (2009) afirma que a experiência do sofrimento psíquico é historicamente construída, e compreende os valores e normas de uma sociedade, expressando as regularidades que são moldadas para uma dada configuração social. Desta forma, os valores sociais engendram os transtornos mentais, estabelecendo formas diferenciadas de lidar com a emergência de um sofrimento psíquico. Considera-se, a partir de tal abordagem, que o sofrimento psíquico afirma-se como uma construção social e cultural.

Considerando que as construções de gênero afirmam-se como integrantes de um sistema cultural e social que incide sobre a construção da subjetividade dos indivíduos, estas tornam-se fundamentais para o entendimento da presença de transtornos mentais diferenciados em mulheres e homens, como formas de tratamento diferenciadas. Segundo Ludermitz (2008), *“a doença mental caracteriza-se por sua determinação complexa que envolve as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas classes sociais e relações de gênero”* (p. 452, 2008). Desta forma, os transtornos mentais apresentam claros determinantes sexuais, que devem ser melhor compreendidos e explorados no contexto de avaliação das doenças (OMS, 2001).

A discussão sobre gênero e saúde mental no Brasil emerge na década de 1980, período de efervescência dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, considerando o contexto de redemocratização e visibilidade dos movimentos sociais. O tema conta com a contribuição inicial de teóricas feministas, porém passa por um período de estagnação durante a década de 1990 (Santos, 2009). Isto porque, além do início do período de contrarreforma, que estabelece desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a utilização do termo “gênero” implicaria no questionamento ao paradigma biomédico (Santos, 2009), que, apesar das tentativas de inclusão da ideia de determinantes sociais, ainda permanece hegemônico.

Contudo, apesar da hegemonia do paradigma biologizante, os estudos relacionais sobre saúde mental e gênero têm ganhado espaço no âmbito da produção de conhecimento. De acordo com o Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo (2001):

Tem-se dado um enfoque cada vez mais intenso às diferenças sexuais no estudo da prevalência, causalidade e evolução dos transtornos mentais e

comportamentais. Em séculos passados, observou-se uma proporção maior de mulheres entre internados em asilos e outras instituições de tratamento, mas não se sabe ao certo se os distúrbios mentais eram de fato mais prevalentes no sexo feminino ou se eram mais numerosas as mulheres que se apresentavam para o tratamento (OMS, 2001, p. 41).

O panorama global da saúde mental aponta para diferenças significativas embasadas nas relações sociais de gênero (Santos, 2009). Segundo o Relatório, quase todos os estudos apontam a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade entre mulheres. Porém, a incidência de transtornos mentais não parece apresentar diferenças quantitativas significativas entre homens e mulheres (OMS, 2001). O fato da menor presença de homens em serviços de saúde mental não significa a ausência de transtornos mentais, mas sim uma forma diferenciada de pensar e tratar a saúde mental, culturalmente estabelecida a partir das construções de gênero. Granja e Medrado (2012), em pesquisa em CAPSad de Recife, afirmam a descon sideração de aspectos sociais e culturais em homens envolvidos em situação de violência.

[...] O tratamento psicológico, direta ou indiretamente, parece ser entendido como pena, o que nos causa estranhamento, pois, apesar de sua presença no serviço ser devido a atos de violência, as propostas de tratamento focalizam apenas o uso problemático de drogas. Parece estar implícita nesse procedimento uma correlação direta e simplista entre o uso de drogas e a violência, descon siderando os demais aspectos culturais e sociais que orientam a construção dos lugares dos homens e mulheres em nossa sociedade. (Granja e Medrado, 2012, p. 26).

Pode-se afirmar então que a diferença incide sobre a forma de tratar a saúde mental, visto que não apresenta-se como problema quantitativo. Vale ressaltar que, apesar de reconhecer a influência das construções de gênero sobre a saúde mental, o Relatório aponta para os fatores biológicos como importantes justificativas para a incidência maior de transtornos depressivos e de ansiedade em mulheres, atribuindo às alterações hormonais femininas um lugar significativo para a incidência de tais transtornos (OMS, 2001).

Desta forma, e considerando a constituição sócio-histórica de identidades de gênero, sustentada pela caracterização de comportamentos “típicos” para cada sexo, pode-se afirmar que a atribuição de papéis de gênero torna-se fator fundamental para pensar as formas diferenciadas pelas quais os indivíduos demandam intervenções dos sistemas de saúde. Segundo relatório sobre a saúde mental no mundo (2001), os múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres corroboram para a maior ocorrência de transtornos mentais diversos em tal

grupo, visto que as mulheres permanecem socialmente designadas aos papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, que são somados à necessidade de mão de obra advinda do mundo do trabalho (Santos, 2008). Em relação aos homens, Santos (2008) afirma que “*o adoecimento psíquico masculino parece remeter ao problema de inadequação ao paradigma do trabalho e de sua ética na sociedade contemporânea brasileira capitalista*”(Santos, 2008, p. 109). Desta forma, os processos de adoecimento mental feminino e masculino indicam uma relação direta com a necessidade de desempenho satisfatório das atividades relacionadas à construção das identidades de gênero.

9. Fatores Determinantes no Processo de Adoecimento Mental de Mulheres

A partir dos aspectos teóricos abordados, compreende-se que a atribuição de papéis promovida pelo processo de educação influenciado pelas construções sócio-históricas de gênero promove a incidência de transtornos mentais de diferentes naturezas para homens e mulheres, visto que estas apresentam maiores índices de quadros depressivos e de ansiedade. Desta forma, pode-se afirmar que os papéis tradicionais atribuídos às mulheres produzem uma sobrecarga de responsabilidades para com a família, o companheiro e a comunidade, bem como a necessidade de mão de obra feminina no mercado de trabalho. Santos (2009) aponta outros fatores determinantes:

Além das pressões impostas às mulheres devido à expansão de seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. (Santos, 2009, p. 1178).

As mulheres recebem uma socialização distinta em relação aos homens. O “ser mulher” implica na construção de um ser dócil, amoroso, devoto e recatado. São encorajadas a demonstrar fragilidade e sentimentalismo. A exigência social para que se cumpra tal padrão “*aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-as em uma vivência de impotência*” (Zanello, Fiuza e Costa, 2015, p. 239). O contrário ocorre com a construção de uma figura masculina. Os homens são reprimidos quando apresentam qualquer sinal de instabilidade emocional, visto que tais comportamentos seriam sinônimos de fraqueza. O ideal valorizado do “ser homem” segue a lógica fálica, que se firma no exercício de sua sexualidade e nos aspectos relacionados ao trabalho (Zanello, Fiuza e Costa, 2015). Desta forma, são encorajados a adquirir postura agressiva diante de situações conflituosas. A partir do que

pode-se denominar como “pedagogia de gênero”, é possível explicar as altas taxas de violência doméstica e sexual a que as mulheres aparecem como vítimas (OMS, 2001).

Segundo Rosa e Campos (2012), em relação à saúde mental:

A violência contra a mulher ganha realce, pois, historicamente, na sociedade moderna capitalista, a partir da institucionalização da divisão sexual do trabalho que reforçou relações assimétricas, inclusive reforçadas por todo aparato jurídico estatal, a mulher ocupou um lugar subordinado, sendo frequentemente vítima da violência em suas várias dimensões e contextos. (Rosa e Campos, 2012, p. 650-651).

Além da violência sexual e doméstica, Santos (2008) aponta para a importância da dimensão afetiva entre as mulheres, por meio da perda de um familiar ou de um parceiro amoroso, responsável por gerar os sentimentos de solidão e isolamento. Desta forma, a dependência afetiva pode ser considerada como outro fator determinante para a emergência de transtornos depressivos e de ansiedade entre mulheres, visto que as relações afetivas bem-sucedidas e estruturadas, tanto com a família quanto com um parceiro amoroso, são tidas como essenciais e indispensáveis ao processo de construção social de uma feminilidade. Vale ressaltar que, mesmo que tais relações apresentem natureza recíproca, o fardo de manutenção recai em peso sobre as mulheres, gerando um forte sentimento de culpa e responsabilização quando tais relacionamentos se veem prejudicados. As perdas amorosas e afetivas ganham relevância como fatores determinantes ao processo de adoecimento mental feminino.

Outro fator determinante seria a repressão sexual sofrida pelas mulheres durante o processo de socialização (Santos, 2008). O estabelecimento de uma “moral sexual” às mulheres promove um processo de “demonização” da exploração da sexualidade feminina. Tal discurso de repressão aparece muitas vezes amparado pelo discurso religioso. Zanello, Fiuza e Costa (2015) apontam a renúncia sexual feminina enquanto eixo de valorização para a construção do ser ideal feminino. Segundo os autores, a ideia de “verdadeira mulher” passa por tal aspecto, bem como pelo exercício do cuidado com os outros.

Os aspectos raciais e as condições sociais e econômicas também apresentam-se como importantes determinantes para a compreensão do desenvolvimento de transtornos mentais específicos em mulheres. Segundo Menezes e Silva (2013), *“a vida de mulheres pobres, especialmente as mulheres negras, é marcada por obstáculos de diversas ordens”* (Menezes e Silva, 2013, p. 111). Além da sobrecarga de trabalho, as mulheres pobres também estão sujeitas à precariedade das políticas públicas de assistência (Menezes e Silva, 2013), que

implicam, por exemplo, as dificuldades encontradas para obterem o atendimento assistencial necessário, bem como a fragilização de seus vínculos sociais.

A inserção precária das mulheres no mercado de trabalho também consolida-se como fator determinante. Estas encontram-se concentradas nas atividades de baixa remuneração, com vínculo informal e empregos domésticos. Além disso, pesquisa realizada por Menezes e Silva (2013) aponta para a maior taxa de desemprego entre mulheres do que entre homens, além da dupla jornada de trabalho, realidade presente no cotidiano de mulheres brasileiras. Desta forma, as autoras afirmam que as situações pesquisadas apontam que a pobreza, aliada às discriminações raciais e de gênero enfraquecem a cidadania das mulheres, sendo ainda um obstáculo para que possam romper o obstáculo da pobreza (Menezes e Silva, 2013).

É importante ressaltar que as mulheres que desempenham o papel social de chefe de família frequentemente se submetem ao mercado informal de trabalho, a fim de prover as condições necessárias de sobrevivência aos seus dependentes. Desta forma, concorda-se com Couto-Oliveira (2007), visto que todos esses fatores, somados à sobrecarga de responsabilidades atribuída às mulheres, provocam o sentimento de falta de autonomia e controle, especialmente nas mulheres pobres e negras, desencadeando reações sintomáticas características da depressão e de crises de ansiedade.

10. O Papel do Cuidado

O processo social de atribuição de papéis com base no gênero delega às mulheres o papel de cuidadora. Os avanços nas pesquisas sobre a relação gênero e saúde mental permitem afirmar que a responsabilidade do cuidado por parte das mulheres perpassa o processo de adoecimento mental. A Organização Mundial da Saúde (2001), a partir do relatório sobre a situação da saúde mental no mundo, afirma que “*as mulheres arcam com o fardo mais pesado da atenção aos doentes mentais dentro da família*” (p. 43). Tal aspecto tem se tornado crítico, visto que muitas pessoas que apresentam transtornos mentais encontram cuidados na comunidade (OMS, 2001) e não mais nos sistemas de saúde.

Para Santos (2008), a responsabilidade de cuidar da família e da comunidade não é esquecida, nem mesmo quando as próprias mulheres estão doentes:

Chama atenção que entre as mulheres entrevistadas com filhos, estas também exercem a tarefa do cuidado, mesmo estando doentes. Elas cuidam de seus filhos e netos quando já os têm. Portanto, é possível concluir que a tarefa do cuidado é socialmente atribuída às mulheres que, mesmo estando doentes, não escapam de tal prescrição social. (Santos, 2008, p. 1181).

Para Neves e Cabral (2008), no contexto familiar, a sociocultura determina que as mulheres sejam as provedoras dos cuidados às crianças, idosos e doentes. Desta forma, apontam a problemática relação da natureza feminina com o cuidado e a necessidade de empoderamento das mulheres que se encontram em tal posição. As autoras afirmam ainda que os profissionais de saúde *“veem na mulher um elo entre os serviços de saúde e a família”*. (Neves e Cabral, 2008, p. 553). A pesquisa realizada pelas autoras, com cuidadoras de crianças com deficiência, aponta que o atendimento da demanda do cuidado para garantir a sobrevivência dessas crianças ocasiona o estresse e sofrimento. Desta forma:

As mulheres cuidadoras vivem em um círculo de opressão composto pela matriz sociocultural do cuidado e seus legados que as fazem assumirem o papel de cuidadora abnegada, dedicada e boa mãe em prol do cuidado do filho. Isso as conduz ao isolamento social, sofrimento e estresse, afetando negativamente o seu bem-estar. Dessa forma, para suportar e lidar com as situações-limites dos cuidados elas se empoderam individualmente, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde (Neves e Cabral, 2008, p. 558).

A necessidade de abnegação para o cuidado exclusivo de quem necessita conduz ao isolamento social dessas mulheres, que também terminam por adquirir determinados tipos de transtorno mental, principalmente crises depressivas e os surtos de ansiedade. Além disso, o *“adoecer masculino”* aparece quase sempre acompanhado do *“cuidado feminino”*, visto que o homem sempre é levado ao tratamento pela mulher, seja irmã, mãe ou esposa, e as mulheres, quando apresentam a saúde comprometida, são abandonadas por seus parceiros (Santos, 2009). Desta forma, não é incomum a presença da sobrecarga advinda principalmente pelos cuidados aos familiares como causa maior do adoecimento mental feminino.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: O ADOECIMENTO MENTAL E AS CONSTRUÇÕES DE GÊNERO

De modo geral, o objetivo da pesquisa foi analisar de que forma as representações de gênero e relações de poder influenciam na maior presença de mulheres como usuárias dos serviços do CAPS estudado. Através do discurso dos profissionais participantes, buscou-se identificar as diferentes perspectivas sobre de que forma as construções de gênero influenciam na formação do perfil de usuários da Instituição, bem como apontar a relação entre as principais motivações para o tratamento e as relações desiguais de gênero.

Desta forma, a análise de dados na área de Saúde Mental torna-se fundamental para pensar a relação entre o processo de adoecimento mental e as exigências advindas dos papéis sociais relativos às construções de gênero. Pensar o processo saúde/doença a partir das problemáticas advindas das construções de gênero significa direcionar esforços para o rompimento do paradigma biologizante. Este, apesar de historicamente questionado pelos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, ainda expressa-se nas formas de pensar e tratar, não apenas a saúde mental, mas a saúde em geral. Assim, buscou-se através das entrevistas analisar a perspectiva profissional, pensando como os valores sociais formados a partir das construções de gênero relacionam-se com o desenvolvimento de transtornos mentais entre mulheres e homens usuários da Instituição.

11. Perfil dos Profissionais Entrevistados

Dos 25 profissionais que atuam no CAPS estudado, foram entrevistados sete profissionais, todas do sexo feminino, sendo duas assistentes sociais, três psicólogas e duas profissionais de Enfermagem³. O tempo médio de formação dessas profissionais é de 14 anos. Já o tempo médio de atuação na Instituição alvo da pesquisa é de aproximadamente seis anos. Dessas profissionais, somente três possuem especialização em saúde mental. Uma possui o curso incompleto.

³ Mesmo considerando importante a presença do discurso de um profissional do sexo masculino para a composição da pesquisa, a Instituição possui apenas três profissionais homens. Por complicações de agenda, não foi possível a realização da entrevista.

Com o objetivo de compreender a rotina e atividades realizadas pelas profissionais, foi feita a seguinte pergunta: *quais as principais atividades que realiza/ participa no CAPS?* Todas afirmaram que o trabalho na Instituição não se restringe apenas às funções decorrentes da formação, assim como afirma uma das assistentes sociais:

“Bom, aqui como somos uma equipe multidisciplinar, embora existam atividades específicas do Serviço Social em relação às atribuições específicas, as atividades são muito gerais. Então da porta de entrada do acolhimento até o processo de encaminhamento pra rede, o assistente social está envolvido”. (Assistente Social 2).

Todas as profissionais realizam atribuições específicas de cada profissão, tais como: as assistentes sociais realizam o atendimento social voltado à orientação acerca de acesso a benefícios, as profissionais de Enfermagem realizam atendimentos voltados à aplicação e orientação sobre as medicações e as psicólogas são responsáveis por realizar atendimentos psicológicos e terapias individuais.

Além disso, as entrevistadas citam três atividades recorrentes, que são realizadas por todos os profissionais da Instituição, independentemente da formação profissional. Primeiramente há o acolhimento, que consiste no primeiro contato do paciente com a Instituição, no qual o profissional irá analisar as demandas apresentadas e classificar como um caso a ser tratado no CAPS ou não. Em segundo lugar estão os grupos terapêuticos que são desenvolvidos pelos próprios profissionais, com o objetivo de possibilitar o convívio comunitário dos usuários da Instituição, promovendo um rompimento com a concepção tradicional de tratamento vigente antes da emergência da Reforma Psiquiátrica. Vale ressaltar que apesar de serem denominados enquanto terapêuticos na dinâmica da Instituição, as lógicas desenvolvidas pelos grupos variam de acordo com a formação acadêmica do profissional responsável. As assistentes sociais realizam grupos que obedecem à função político pedagógica da profissão, primando pelo empoderamento dos usuários. Por fim, há a realização de Planos Terapêuticos (PT), no qual os profissionais reúnem-se com os usuários para pensar nas atividades que melhor atendam à demanda específica apresentada, ou seja, inserir o usuário no grupo terapêutico que lhe seja conveniente e proveitoso. Além de tais atividades, as assistentes sociais e uma das profissionais de Enfermagem compõem a equipe de visita domiciliar, que pode realizar-se em virtude de uma demanda judicial, ou por uma demanda da própria Instituição.

Ao serem indagadas em relação aos principais desafios e obstáculos que encontram para a realização das atividades, todas as profissionais apontaram a dificuldade de captação de recursos financeiros e materiais para a manutenção da Instituição, bem como o pouco espaço disponível para a execução das respectivas atividades. Desta forma, o CAPS busca alternativas diferenciadas para a captação de recursos, através de doações da comunidade e a realização de bazares.

Duas das profissionais chamam atenção para o fato de haver uma lacuna na formação profissional, no sentido de discutir e analisar temas relacionados à saúde mental, o que acaba por tornar limitadas as possibilidades de pensar diferentes formas de atuação neste espaço sócio-ocupacional. Mesmo quando o tema é abordado no processo formativo dos profissionais, não é feito de forma satisfatória a fim de preparar o estudante para a diversidade de espaços de trabalho existente, conforme pode ser ilustrado na fala seguinte:

“A nossa formação no Serviço Social não contempla especificamente a atuação na saúde mental, que faz com que a pessoa chegue no campo de trabalho e tenha que se virar (sic) para compreender toda a dinâmica daquele espaço e para poder fazer as atividades que não interfiram nas atividades dos outros, embora seja uma equipe multi(profissional)”.
(Assistente Social 2).

Considerando que a Saúde Mental constitui ainda um amplo espaço no qual os alunos serão inseridos para a realização do estágio, torna-se necessário problematizar o processo formativo, visto que contempla de forma insuficiente a atuação do Assistente Social na saúde mental, enquanto espaço sócio-ocupacional. A disciplina obrigatória Seguridade Social II – Saúde, ao problematizar o histórico processo de construção da Reforma Sanitária, aborda de forma incipiente a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, não há uma disciplina no currículo do curso que proponha a construção de um pensamento crítico sobre a Saúde Mental, enquanto espaço de atuação que conta com assistentes sociais em sua equipe profissional, e como campo de estágio amplamente ocupado por alunos em processo de formação profissional. Tal lacuna tornou-se evidente a partir da procura de bibliografias oriundas do Serviço Social para a composição do aporte teórico da pesquisa. As principais contribuições originam-se em áreas de conhecimento como a Psicologia e a Medicina Psiquiátrica.

A Saúde Mental constitui um espaço de atuação no qual tornam-se notórias diversas expressões da Questão Social e a necessidade de explorar o tema de forma multidimensional, a partir de vários campos disciplinares. Desta forma, o Serviço Social, enquanto área de conhecimento presente na saúde mental deve ampliar sua produção teórica acerca desse espaço sócio-ocupacional e suas implicações teórico-práticas. A discussão do tema, sobretudo por profissionais da Psicologia e Medicina Psiquiátrica torna a produção teórica especializada insuficiente, além de obedecer à lógica tradicional de se pensar o adoecimento mental apenas relacionado a determinantes biológicos. O Serviço Social deve pensar, em colaboração com as áreas de conhecimento inseridas na Saúde Mental, os fatores históricos e culturais que compõem as relações sociais. A partir de tal reflexão, pensar como tais determinantes, combinados a características psicológicas dos indivíduos, contribuem para o processo de adoecimento. Desta forma, será possível a elaboração de estratégias de atuação capazes de gerar empoderamento, e, conseqüentemente, a melhora psicológica. Considera-se, a partir de tais abordagens, que os fatores biológicos e os determinantes sociais, apesar de constituírem-se enquanto instâncias diferenciadas, encontram-se intrinsecamente relacionadas na realidade social.

12. Os Grupos Terapêuticos Desenvolvidos

A quantidade de grupos terapêuticos desenvolvidos pelos profissionais da Instituição varia de acordo com a disponibilidade e a carga horária exercida. Entre as entrevistadas, a média é de aproximadamente três grupos por profissional, que podem ser realizados individualmente ou em parceria com outros profissionais. A tabela ilustra os grupos desenvolvidos:

Tabela 1: Grupos Desenvolvidos pelas Profissionais Entrevistadas

Grupos Desenvolvidos	
Gênero Feminino	Grupo de Psicoterapia
Convivência e Cidadania	Reunião de Família

Geração de Renda	Fuxico
Empoderamento	Roda de Conversa
Grupo de Convivência	Terapia Comunitária
Grupo de Educação e Saúde	Arte terapia
Grupo de Artesanato	Mulheres em Movimento
Grupo de Futebol	Grupo de Música
Matriciamento	Assembleia

(Fonte: Elaboração própria com dados das entrevistas)

Das profissionais entrevistadas, apenas uma assistente social e uma psicóloga desenvolvem grupos com temáticas relacionadas a mulheres e questões de gênero: o grupo de “Gênero Feminino” e “Mulheres em Movimento” respectivamente, embora seis das sete entrevistadas afirmarem perceber um fluxo maior de mulheres. A Assistente Social afirma que, apesar dos grupos que desenvolve trabalharem a questão da autonomia dos usuários, o grupo “Gênero Feminino” aborda questões mais profundas. Este é formado apenas por mulheres. O outro grupo que realiza, apesar de abranger homens e mulheres, possui apenas dois usuários do sexo masculino. Sobre o grupo “Gênero Feminino”:

“A maioria das mulheres vieram de situação de violência ou sofreram abuso na infância, e às vezes o sofrimento psíquico se manifesta na idade adulta. [...] A gente percebe que a maioria das mulheres que chegam aqui tem uma história de vida muito sofrida [...] às vezes elas são

casadas, mas são as rédeas, aquelas pessoas que são o esteio da família”. (Assistente Social 1).

A Psicóloga que coordena o grupo “Mulheres em Movimento”, ao ser indagada sobre as motivações que encontrou para a formação do grupo, afirma que já atuou em programas para vítimas de violência (PAV), visto que todas as mulheres pertencentes ao grupo passaram por algum tipo de violência:

“Ouvindo nos grupos de psicoterapia as demandas das mulheres, que era muito mais uma demanda relacionada à questão do feminino, e de como esse feminino vem sendo desrespeitado ao longo do tempo, do que mesmo uma demanda de psicoterapia mais ampla. E aí resolvemos fazer esse grupo só com mulheres, que é um grupo que a gente trabalha várias questões”. (Psicóloga 1).

Além de abordar a questão do empoderamento, a profissional afirma realizar atividades de artes e trabalho com o corpo, visto que este vem sendo desrespeitado ao longo da vivência de violência dessas mulheres. Tais atividades, segundo a profissional, auxiliam a tornar a vivência grupal mais acessível e confortável para as participantes, além de facilitar a troca dialógica entre essas usuárias.

Percebe-se que os casos de violência são comuns em ambos os grupos, que abordam temáticas específicas para mulheres. A Organização Mundial da Saúde (2001) chama atenção para a “pedagogia de gênero” como fator determinante às altas taxas de violência doméstica e sexual em que as mulheres aparecem como vítimas. A mulher historicamente ocupa o lugar de subordinação em relação ao homem nas várias instâncias da realidade social. A construção histórica de tais relações de caráter assimétrico determina a criação de condutas masculinas agressivas e dominantes, bem como a necessidade de aceitação e submissão por parte das mulheres, que estruturam historicamente as situações de violência vivenciadas pelo público feminino.

13. As Construções de Gênero e o Perfil dos Usuários do CAPS

Buscando compreender o perfil dos usuários do CAPS, as profissionais foram indagadas sobre as respectivas percepções acerca do fluxo de mulheres e homens como usuários da Instituição, bem como se havia uma diferença e a que atribuiriam determinada

realidade. Seis das sete profissionais percebem um fluxo maior de mulheres como pacientes da Unidade.

Uma das assistentes sociais afirma:

“A maior presença de mulheres é perceptível para qualquer pessoa que frequenta o CAPS [...] Às vezes ela tem um parceiro ali, às vezes ela não tem. Eu percebo que muitas vezes o homem perde o emprego [...] ele tem uma dificuldade de assumir um emprego num posto mais baixo. A mulher não, ela tem que dar conta das crias, então ela vai fazer qualquer serviço, desde faxineira, lavadeira [...]. Só que às vezes, lá na frente, esse peso fica grande demais”. (Assistente Social 1).

Outra assistente social da Instituição também percebe um fluxo maior de mulheres, afirmando a existência de uma tripla jornada de trabalho para as mulheres, com destaque para a sobrecarga de responsabilidades em relação à figura feminina:

“A mulher tem uma tripla jornada. Ela se dispôs a ganhar um espaço de trabalho, e mesmo assim não é eximida de realizar as atividades domésticas [...]. Ela não pode ser média ou pior, tem que ser muito boa [...]. Quando a gente percebe que uma dessas situações foge ao padrão, isso remete a mulher a refletir sobre o que está acontecendo na vida dela e porque ela não consegue estar nesse padrão de excelência. Isso faz com que muitas mulheres venham buscar os serviços de saúde mental.” (Assistente Social 2).

Pensar a sobrecarga de responsabilidades tidas como “naturalmente femininas”, implica em pensar no papel social da mulher enquanto cuidadora e a sua inserção no mercado de trabalho. Segundo as assistentes sociais entrevistadas, mesmo que as mulheres realizem atividades trabalhistas fora do âmbito familiar, estas não são eximidas das tarefas de cuidado com os familiares, na esfera doméstica. Além disso, a última forma de trabalho, o chamado “Trabalho Reprodutivo”, por não apresentar caráter mercantil, é desvalorizado pelas ciências econômicas e pela sociedade, que dele depende para se reproduzir (Melo e Castilho, 2009).

Sabe-se que as sociedades contemporâneas, ao definir historicamente características tidas como masculinas ou femininas, promoveram o processo de definição de papéis e funções diferenciadas aos sujeitos, conforme o sexo biológico. A inserção das mulheres no mercado de trabalho constituiu um passo significativo na tentativa de romper com as concepções naturalizadas que fundam a *Divisão Sexual do Trabalho*, segundo a qual os

homens são responsabilizados pelo trabalho produtivo (atividades exercidas no mercado de trabalho capitalista) e as mulheres são “naturalmente” responsáveis pelo trabalho reprodutivo, na esfera doméstica (Melo e Castilho, 2009).

Infere-se dos discursos das assistentes sociais entrevistadas que a principal motivação para a emergência do adoecimento mental no público feminino é a sobrecarga de afazeres, advinda da exigência que implica na junção do trabalho produtivo, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, com as responsabilidades que acompanham o trabalho reprodutivo, em âmbito familiar e doméstico. Em relação ao discurso da segunda assistente social, é importante ressaltar que a profissional traz para debate a questão da *tripla jornada de trabalho*, que abrange a mulher como trabalhadora no mercado de trabalho, cuidadora familiar e responsável pelos cuidados domésticos. Desta forma, a sociedade contemporânea exige da população feminina o desempenho satisfatório na esfera tanto pública quanto privada da realidade social.

Quando não se consegue alcançar a satisfação de tais exigências, as mulheres apresentam quadros de adoecimento mental, muitas vezes procurando os serviços da Instituição estudada. Santos (2008) afirma que a frustração, advinda da *“incapacidade de manter ou assumir de forma apropriada uma posição de sujeito marcada por gênero instala uma crise real ou imaginária de auto-representação e/ou avaliação social”* (p. 38). Vale ressaltar que, mesmo com o surgimento de novos papéis sociais para mulheres, ainda ocorre a dominação masculina no que se refere às relações de gênero.

Uma das profissionais de Enfermagem entrevistada também afirma perceber um fluxo maior de mulheres, porém tal diferenciação em relação ao sexo não é de grande proporção. Ao ser indagada acerca das justificativas para tal realidade, a profissional apresenta a concepção de fragilidade feminina, explicação comum no que se refere à construção dos papéis naturalizados de gênero:

“Não... eu acho que eles são muito parecidos. Talvez um pouquinho mais de mulheres. Mas não é tão gritante a diferença não. Talvez porque a figura da mulher seja um pouco mais frágil. Às vezes nós mesmas temos esse pensamento de que a mulher é mais frágil”. (Profissional de Enfermagem 1).

A definição da mulher enquanto sexo frágil expressa uma “característica feminina” recorrente nos discursos que contemplam as concepções naturalizadas acerca da construção de

uma identidade feminina. Enquanto a construção da identidade masculina baseia-se em aspectos como a liberdade e a racionalidade, a figura feminina é pautada na fragilidade (Santos, 2008), que decorre da “natureza” essencialmente emocional das mulheres. A ideia de fragilidade da figura feminina, apesar de secular, permanece engendrada na dinâmica social, na medida em que se renova através de uma “pedagogia de gênero”. Ocorre desta forma, a renovação de estereótipos atribuídos aos indivíduos de acordo com o sexo biológico, fato expressado a partir do discurso da profissional.

Outra profissional entrevistada afirma que não nota uma diferenciação quantitativa em relação ao sexo dos usuários:

“Então, eu acho que está mais ou menos meio a meio. Porque como trabalho com grupos que há muitos homens, então assim, tem muitos homens e muitas mulheres. Então para mim está meio a meio” (Profissional de Enfermagem 2).

É importante ressaltar que a profissional é responsável por dois grupos nos quais a quantidade de homens é superior à de mulheres. Desta forma, apresenta uma visão parcial sobre o perfil de usuários da Instituição, visto que toma como base de observação empírica os grupos que realiza/coordena, não considerando o perfil dos usuários que compõem as demais atividades do CAPS. Além disso, ambos os grupos não contemplam a fala/diálogo como atividade central. Os grupos que apresentam tal característica são formados essencialmente por mulheres, segundo o discurso das demais profissionais. Isto porque a facilidade de expressar através da fala os próprios sentimentos é estabelecida, cultural e socialmente, enquanto característica tipicamente feminina.

Outra concepção naturalizada acerca da saúde feminina também aparece no discurso de uma das profissionais: a mulher como ser cuidadoso e preocupado:

“Acho que tem sim um número maior de mulheres. E eu acho que seja pela facilidade que a mulher tem de se cuidar. A mulher procura mais o serviço de saúde, tem um esclarecimento maior sobre a questão da saúde física e com isso já considera a questão da saúde emocional... eu acho que seria por isso”. (Psicóloga 2).

Apesar da luta constante de movimentos feministas, a mulher e o cuidado ainda são tidos como termos essencialmente conectados (Guimarães, 2008). Para além da questão do cuidado com outrem, a profissional aponta para a propensão da mulher em cuidar de si

mesma, procurando com frequência os serviços de saúde. Tal constatação conduz na direção de pensar as diferentes formas de pensar e tratar a saúde, conforme as definições de masculinidade e feminilidade. Pensar na maior demanda de mulheres por serviços de saúde implica compreender qual a relação existente entre tal constatação e as características tidas como essencialmente femininas, em especial a mulher como ser frágil e emocional.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007), ao realizarem pesquisa acerca das razões pelas quais homens demandam menos os serviços de saúde, afirmam que uma das explicações latentes é a associação do cuidar à figura feminina, enquanto o homem não deve apresentar vulnerabilidade, mas sim virilidade e força. Desta forma, ao contrário das mulheres, os homens tendem a procurar os serviços de saúde quando o adoecimento encontra-se em estágio avançado de desenvolvimento. Ignora-se o adoecimento em seu processo inicial, por considerar a procura pelo tratamento um sinal de negação da própria masculinidade, enquanto, para a mulher, a procurar por cuidados significa a afirmação de sua “identidade feminina”.

Tais argumentos demonstram que os valores sociais estão intrinsecamente relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais. Tanto profissionais quanto usuários podem apresentar concepções adquiridas através da “pedagogia de gênero”, o que interfere nas visões de mundo que estão implicadas na atuação institucional. Desta forma, concorda-se que o sofrimento psíquico é historicamente construído e compreende os valores e normas de uma sociedade (Santos, 2008). O adoecimento afirma-se como uma construção social e cultural, formada por concepções de gênero que almejam a afirmação de identidades masculinas e femininas. Os aspectos sociais e culturais acerca das construções de gênero, combinados com as características psicológicas dos indivíduos, promovem a criação de condutas compatíveis e aceitáveis, de acordo com o sexo biológico. Quando o indivíduo torna-se incapaz de atender a tais exigências, o adoecimento mental torna-se uma realidade.

Uma das profissionais entrevistadas afirma que percebe um fluxo maior de mulheres. Aponta a natureza transgeracional do adoecimento entre mulheres, como ilustra o seguinte discurso:

“A gente percebe que esse sofrimento atravessa as gerações. Nos discursos dessas mulheres existem queixas em relação à mãe, à avó e como elas também passaram por questões de sofrimento. Porque antes a questão do adoecimento e do sofrimento era muito naturalizada

[...]. Então a mulher ficou muito nessa posição de cuidadora e isso é muito naturalizado. E hoje, mesmo essas mulheres que possuem um menor nível de instrução também percebem que esse não é o lugar delas. E aí quando elas começam a confrontar os companheiros, vem as represálias. Aí elas adoecem, porque os companheiros continuam nesse movimento de que as mulheres têm que fazer tudo” (Psicóloga 1).

Segundo Azevedo (2004), “A modalidade de transmissão psíquica conhecida como transgeracional é caracterizada pela impossibilidade de transformação dos conteúdos inconscientes recebidos de uma outra geração” (p. 36). O conceito surgiu após as construções de Freud acerca do inconsciente e capacidade de transmissão psíquica materna. Contudo, pensar a origem do adoecimento mental feminino apenas em termos do inconsciente torna a análise insuficiente, visto que tal visão desconsidera as questões sociais e culturais que definem a supremacia do masculino em relação ao feminino e que colaboram para o surgimento de diversas morbidades entre mulheres, além de restringir o adoecimento mental feminino à esfera familiar.

O que ocorre, de fato, é que o sofrimento ocasionado pelas exigências advindas das construções de gênero torna o público feminino, em geral, suscetível ao desenvolvimento de transtornos mentais. Desta forma, o adoecimento feminino deve ser considerado transgeracional na medida em que as diversas formas de opressão sofridas por mulheres se renovam ao longo do tempo, e não apenas em termos de transmissão psíquica familiar. Além disso, tal visão freudiana, ao considerar a transformação dos conteúdos do inconsciente como processo impossível de ser realizado, promove a ideia fatalista do adoecimento mental inevitável, no qual qualquer tentativa de empoderamento referente às relações de gênero não seria válida para o processo de cura dessas mulheres.

É interessante perceber, na justificativa da profissional entrevistada que, além dos fatores anteriormente citados, nota-se a resistência dos companheiros às mudanças decorrentes do tratamento. A profissional afirma que, após a criação do grupo “Mulheres em Movimento”, os companheiros das participantes comparecem com frequência à Instituição para prestar queixas em relação ao tratamento, afirmando que este está sendo ineficaz e provocando o agravamento do adoecimento. Desta forma, a expectativa de melhora, para os companheiros, aparenta resumir-se no desejo de retorno da mulher ao seu papel de cuidadora, num processo que não implique o empoderamento feminino em relação às construções de gênero. A resistência desses homens em relação ao processo de tomada de consciência das

mulheres aparece como obstáculo para a transcendência desse papel social do cuidado tido como “essencialmente feminino”.

Percebe-se que a maior parte das profissionais entrevistadas afirma existir um fluxo maior de mulheres. A visão naturalizada de construção de um ser ideal feminino ainda encontra-se no discurso de algumas dessas profissionais. Por outro lado, três dessas profissionais trazem em seus argumentos sinais de desconstrução em relação a tal forma de pensamento de viés conservador. Nas respectivas respostas, afirma-se o papel socialmente construído da mulher como cuidadora da família, fator que será abordado posteriormente em item específico.

14. O Adoecimento Mental Acomete mais Mulheres ou mais Homens?

Com o objetivo de compreender a visão das profissionais sobre o perfil de pessoas que desenvolvem transtornos mentais, uma das questões realizadas durante a entrevista foi: “*Na sua opinião, o adoecimento mental acomete mais homens ou mais mulheres?*”. Duas das profissionais afirmam que as mulheres apresentam quadros de transtorno mental mais frequentemente do que homens, ao considerarem que a sociedade exerce uma postura coercitiva em relação à conduta feminina. De fato, as exigências sociais em relação ao cumprimento dos estereótipos relacionados à figura feminina exercem papel determinante para o processo de adoecimento mental de mulheres. Porém, tal concepção torna-se insuficiente ao se pensar sobre o adoecimento masculino e as razões pelas quais os homens desenvolvem transtornos mentais, visto que procuram menos os serviços de saúde.

Desta forma, o problema não aparenta ser quantitativo, mas relacionado à omissão por parte da figura masculina em relação à procura pelo tratamento, assim como afirmam algumas das entrevistadas. Duas das profissionais afirmam que as mulheres tendem a procurar mais os serviços do que os homens. Além disso, uma dessas profissionais destaca ainda haver formas diferenciadas de estratégias para o tratamento:

“Os homens procuram mais outras estratégias. Não que eles não adoçam também, mas eu acho que buscam mais a estratégia, por exemplo, que leva à dependência química para lidar com o sofrimento psíquico. E as mulheres não, elas realmente adoecem”. (Psicóloga 1).

Sabe-se que, culturalmente, o mecanismo da fala é tido como capacidade essencialmente feminina, visto que a mulher é definida como ser emocional e irracional capaz de demonstrar sentimentos com facilidade. Contrariamente, para o homem, demonstrar emoção, tristeza ou mesmo felicidade em muitas situações é sinônimo de fraqueza. Este deve ser racional, independentemente da situação. Desta forma, a procura de mulheres por tratamento psicológico torna-se comum, enquanto o público masculino deve optar por estratégias diferenciadas, como destaca a profissional. O uso abusivo de álcool e outras drogas torna-se a forma mais aceita e difundida para que os homens possam lidar com problemas cotidianos, sem o questionamento de sua identidade de gênero. Desta forma, a diferença entre o masculino e o feminino parece residir nas diferentes formas de pensar e tratar a saúde mental.

Desta forma, tais profissionais afirmam que não há um problema quantitativo. O Relatório sobre a Saúde Mental (2001) afirma que a menor presença de homens em serviços de Saúde Mental não significa que constituem a menor parcela da população com transtornos mentais, mas que pensam em formas de tratamento diferenciadas. Sabe-se que as formas pré-determinadas de pensar a masculinidade e a feminilidade submetem os indivíduos ao controle social promovido pela “pedagogia do gênero”, atribuindo comportamentos característicos e diferenciados para homens e mulheres. Uma das profissionais entrevistadas afirma que:

“O homem, até reconhecer que precisa de ajuda, demora a aparecer. E quando aparece, o problema já é gritante. E geralmente esse homem não anda sozinho [...], ele veio porque alguém trouxe. A mulher não. Ela já vem com uma demanda solitária. Ela própria já procura o serviço, então dá para ver essa diferença”. (Psicóloga 3).

Segundo uma abordagem cultural, a identidade masculina funda-se na construção de um ser fortalecido, saudável e racional. Estudos já realizados na área de saúde apontam para o fato de que os homens procuram os serviços de saúde com menos frequência, ou quando procuram a doença já se encontra em estágio avançado. Muitas são as justificativas encontradas para a reduzida presença de homens nos serviços de saúde (Figueiredo, 2005), com destaque para a atenção primária e os serviços de saúde mental. Tais razões encontram-se quase sempre relacionadas a exigências em torno da construção de uma identidade masculina, que estaria associada à desvalorização em relação ao autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde. Desta forma, o tratamento da saúde também é afetado por tais determinações, visto que as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde mental mais facilmente,

enquanto os homens procuram apenas quando o transtorno torna-se crônico, atingindo dimensões mais graves.

Duas das profissionais entrevistadas afirmam haver um equilíbrio em relação ao desenvolvimento dos transtornos. Acreditam que, atualmente, a quantidade de mulheres e homens acometidos por transtornos mentais são muito semelhantes, como demonstra o depoimento a seguir:

“Acho que está equilibrado isso aí. Pelos fatores de hoje em dia, o que acontece é estresse. Tanto mulheres quanto homens passam por isso. De sustentar uma casa, de ter filhos, jornada dupla de trabalho. O homem do desemprego. É um fator social mesmo, a crise... tudo né. Só vem agravando a situação”. (Profissional de Enfermagem 2).

Tais profissionais também questionam a existência de uma diferenciação quantitativa. A profissional autora do depoimento, ao justificar o porquê da semelhança de quadros de adoecimento entre homens e mulheres, afirma que as causas são as mesmas para ambos, não refletindo sobre as diferentes experiências de sofrimento vivenciadas em relação às exigências de construção de identidades femininas e masculinas. Além disso, o desemprego aparece como fator determinante para o desenvolvimento do transtorno mental apenas entre homens, expressando a concepção naturalizada de homem enquanto único provedor, responsável pelo trabalho produtivo.

Nota-se que as profissionais compartilham de concepções semelhantes, em relação às respectivas áreas de conhecimento. As profissionais de Serviço Social afirmam que os transtornos mentais afetam com mais frequência o público feminino, por questões sociais estruturalmente imbricadas na sociedade, e que obedecem à lógica de favorecimento da figura masculina. As profissionais de Psicologia afirmam a existência da diferença em relação às formas de pensar a saúde mental de acordo com o gênero, negando a existência de uma questão quantitativa. As profissionais da Enfermagem demonstram um posicionamento parcial em relação às demais profissionais entrevistadas, ao considerarem que tanto homens quanto mulheres apresentam motivos semelhantes para o desenvolvimento do transtorno, visão pouco crítica acerca da existência de exigências diferenciadas para a construção da identidade de gênero. Expressa-se, desta forma, a influência do paradigma biomédico no discurso dessas profissionais, que consideram o adoecimento do ponto de vista sobretudo

biológico, não considerando os determinantes sociais e culturais que também influenciam no processo de adoecimento mental dos indivíduos.

15. As Principais Demandas para o Tratamento no CAPS

Todas as profissionais entrevistadas percebem uma diferenciação de demandas de acordo com o sexo. Em relação aos homens, apontam como transtorno mais recorrente a esquizofrenia, que possui natureza crônica. Como transtornos mais recorrentes em mulheres, foram apontadas a depressão e a ansiedade. O transtorno bipolar também aparece no discurso de algumas das profissionais como transtorno recorrente entre mulheres. Desta forma, as profissionais entrevistadas confirmam a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em mulheres afirmada no Relatório de Saúde Mental no Mundo (2001). As profissionais afirmam ainda que os quadros depressivos em mulheres aparecem relacionados quase sempre às situações de violência.

15.1. O Adoecimento Mental Masculino

As profissionais apontam a Esquizofrenia como transtorno mais recorrente entre os homens em tratamento no CAPS. Esse transtorno é de natureza crônica, o que torna o tratamento indispensável para o processo de melhora. As entrevistadas afirmam que os homens que apresentam tal transtorno foram à procura de tratamento na Instituição quando já se encontravam em estágios avançados da doença, estando quase sempre acompanhado por familiares mulheres. A partir de tal constatação, percebe-se que homens tendem a procurar os serviços de saúde tardiamente, em relação às mulheres. A demora para iniciar a procura por tratamento especializado conduz ao agravamento da doença, o que dificulta o processo de melhora dos pacientes homens.

Duas das profissionais entrevistadas apontam a depressão como transtorno que vêm sendo trazido por homens em tratamento. Uma delas apresenta algumas das causas recorrentes para o desenvolvimento desse transtorno no público masculino:

“A família também desestruturada, muito a questão do desemprego, que é uma questão social agravante, e o uso abusivo de álcool por muito tempo” (Psicóloga 2).

A segunda profissional afirma que muitos relatam a preocupação de não conseguirem prover a família:

“Trazem a preocupação de não dar conta. Boa parte são solteiros (sic). Não conseguem ter um relacionamento. Não arrumam namoradas, eles tem dificuldades. Não conseguem por conta da doença. Então tem essa dificuldade, de não conseguir manter a casa, de não ter condições de manter nem financeiramente e nem psicologicamente uma família, uma namorada, a preocupação deles é muito grande em relação a isso [...]. Eles querem, mas tem medo de não conseguir”. (Profissional de Enfermagem 2).

Merece destaque o termo “família desestruturada” trazido por uma das profissionais entrevistadas, o que expressa uma visão conservadora em relação a um tipo ideal de formação familiar. Tem-se como “família estruturada” o modelo patriarcal, estimulado historicamente pela sociedade brasileira e reforçado pelo pensamento religioso. Segundo Goldani (1991):

Este modelo de família estaria associado à presença de parentes, a um sistema hierárquico e de valores no qual se destacariam a autoridade paterna e do homem sobre a mulher, a monogamia, a indissolubilidade das uniões e a legitimidade da prole (Goldani, 1991, p. 70).

O modelo patriarcal obedece à lógica de favorecimento da figura masculina em âmbito familiar. Assim, quando tal forma de estruturação não é alcançada, o homem torna-se suscetível ao desenvolvimento de transtornos, como ocorre com a depressão. Outro fator importante apontado pela profissional é a questão do desemprego como sendo um fator agravante apenas ao público masculino. Isto porque o papel de provedor, que aparece de forma nítida no discurso da segunda profissional, foi historicamente atribuído à figura paterna, enquanto as mulheres foram responsabilizadas pela organização e cuidados com o ambiente doméstico. Mesmo com as conquistas femininas no mercado de trabalho, a função econômica ainda é atribuída como característica masculina.

O uso abusivo de álcool também é apontado por uma das profissionais entrevistadas como causa para o desenvolvimento de transtornos. Tal afirmativa conduz a pensar acerca das diferentes formas de pensar e tratar a saúde mental de acordo com o sexo. Sob tal perspectiva, o uso abusivo de álcool, ou mesmo a drogadição, aparece para o sexo masculino enquanto alternativa aceitável para lidar com problemas cotidianos, bem como a forma “correta” de tratar a saúde mental atribuída aos homens. Enquanto para as mulheres, a construção do diálogo com um profissional como forma de tratamento constitui a forma socialmente

aceitável para a cura de transtornos mentais. Deve-se considerar, desta forma, o uso abusivo de substâncias toxicológicas enquanto tentativa prévia de melhora do adoecimento mental masculino, e não enquanto fator desencadeador para o desenvolvimento do transtorno. Em outras palavras, o transtorno aparece previamente em relação ao uso abusivo do álcool, e não o contrário, como sugere a profissional entrevistada.

Considerando os aspectos levantados para o desenvolvimento da depressão entre homens, pode-se constatar que as exigências em relação ao cumprimento dos papéis sociais atribuídos ao indivíduo de acordo com o seu sexo biológico não se restringem ao público feminino. A construção de identidades tidas como masculinas e femininas implica em diferentes tipos de cobranças. Enquanto a mulher deve apresentar-se como ser emocional, cauteloso e cuidadoso, o homem deve ser racional, autoritário e provedor do bem-estar financeiro da família. O homem deve ocupar-se da esfera pública, e a mulher deve imperar sobre as relações em âmbito privado. Porém, o papel de subordinação historicamente atribuído à mulher torna os efeitos negativos das relações de poder entre os gêneros mais significativos em relação à saúde da mulher. Desta forma, mesmo que o processo histórico de atribuições de características masculinas e femininas seja capaz de afetar a saúde tanto de homens quanto de mulheres, o ônus maior recai sobre o feminino e suas implicações, visto que as mulheres são historicamente oprimidas pela legitimação do papel do homem enquanto líder e ser dominador (Oliveira e Jorge, 2007).

15.2. O Adoecimento Mental Feminino

15.2.1. A Violência enquanto Problema de Saúde Pública

Ao serem indagadas sobre as demandas mais recorrentes entre as mulheres em tratamento no CAPS, duas razões foram apontadas pelas profissionais, de forma majoritária: o adoecimento decorrente de situações de violência e a sobrecarga de responsabilidades. Aparece também a questão do abandono por parte da família, a dependência psicológica ou financeira, casos de abuso na infância e problemas em contextos familiares.

A violência vivenciada cotidianamente por mulheres constitui uma das diversas interfaces da desigualdade de gênero, que se renova historicamente através da manutenção promovida pela Pedagogia de Gênero. Sabe-se que a violência doméstica não se restringe

apenas ao aspecto físico. Segundo as normas jurídicas atualmente vigentes, a violência contempla, além da violência física, as dimensões patrimonial, psicológica, moral e sexual. Vale ressaltar que tais tipologias não são estanques e frequentemente coexistem em uma mesma vivência de violência. Ou seja, a mesma mulher que vivencia situações de violência física, na grande maioria das vezes, também é vítima de violência patrimonial, psicológica, moral e/ou sexual. Em relação às situações de violência, as profissionais apresentam um olhar ampliado, não considerando apenas a violência física. A violência psicológica aparece no discurso de uma das profissionais:

“A mulher ainda é muito violentada. Lógico que quando falo de violência, estou englobando tudo. E a que mais percebo é a violência psicológica. Então assim, quando a gente escuta o relato da mulher, a gente ouve todo o tipo de violência, física, psicológica, econômica... Se você for fazer uma análise, vai ver que a mulher sofre sutilmente muita violência”. (Psicóloga 3).

Desta forma, pode-se afirmar que a violência traz como uma de suas consequências os efeitos nocivos à saúde da mulher. Para além do reconhecimento da violência de gênero enquanto problemática de cunho social e político, esta também deve ser amplamente considerada como problema de saúde pública (Oliveira e Jorge, 2007). Mesmo com tal reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o sistema de saúde ainda traz expressões do paradigma biomédico, ao tratar de pacientes em situação de violência (Oliveira e Jorge, 2007). A demanda advinda de mulheres que vivenciam a violência doméstica e procuram os serviços de saúde ainda é vista como de puramente natureza social e/ou psicológica, mas não como problema de saúde pública. Iniciativas que promovam a inclusão da temática de forma mais ampla na formação acadêmica dos profissionais da saúde devem ser implementadas, com vistas a tornar o profissional capacitado para atender a tais demandas, bem como torna-lo capaz de produzir pensamentos críticos diante de tais situações.

15.2.2. O Papel do Cuidado e a Dificuldade de Adesão

A questão do excesso de responsabilidades atribuída às mulheres em tratamento está intrinsecamente relacionada ao papel social do cuidado. Tal questão perpassa o discurso de todas as profissionais entrevistadas. Sabe-se que tal responsabilidade está relacionada ao processo de adoecimento mental feminino. A partir do relato das profissionais percebe-se que

a responsabilidade da mulher no meio familiar é um importante determinante para o processo de adoecimento mental feminino. É importante ressaltar que, na dinâmica da Instituição, o papel da mulher enquanto cuidadora não se restringe às usuárias, que adoeceram em decorrência da sobrecarga de responsabilidades. Abrange também as mulheres responsáveis pelo acompanhamento de usuários homens atendidos no CAPS.

As mulheres parecem arcar, na grande maioria das vezes, com os cuidados em relação aos familiares que apresentam transtorno mental (OMS, 2001). O adoecimento masculino parece estar na grande maioria das vezes, acompanhado do cuidado feminino (Santos, 2008). O atendimento da demanda social do cuidado resulta no comprometimento da saúde mental dessas mulheres, visto que não são eximidas das demais responsabilidades, enquanto chefes de família. Desta forma, muitas mulheres atendem às várias demandas de familiares em processo de adoecimento, mas se esquecem da própria saúde e qualidade de vida.

Ao serem indagadas em relação à desistência do tratamento, quatro das profissionais entrevistadas afirmaram que os homens desistem com facilidade do tratamento no CAPS, principalmente se não houver suporte familiar que o mantenha no tratamento. Na grande maioria das vezes, comparecem e permanecem nos serviços devido ao acompanhamento de mulheres da família:

“Acho que os homens abandonam mais o tratamento. O homem não consegue dar continuidade ao tratamento se ele não tiver um suporte familiar ali muito próximo. Ele vem até contra a vontade. Muitas vezes acompanhados por mulheres mesmo” (Assistente Social 2).

Contrariamente, uma das profissionais afirma que os homens tendem a permanecer no tratamento com mais frequência:

“Eu acho que quando o homem vem, ele permanece no serviço, até porque são crônicos. E muitas vezes ele vem com a mãe e com as esposas, e isso ajuda ele a permanecer no serviço” (Psicóloga 2).

Percebe-se que, apesar de apresentarem posicionamentos contrários em relação à questão de permanência nos serviços, as duas profissionais utilizam de argumentos semelhantes para justificar tais posicionamentos. Desta forma, ambas afirmam o caráter determinante do cuidado feminino para a permanência do público masculino na Instituição,

enquanto o contrário, ou seja, o homem enquanto cuidador, não aparece no discurso de nenhuma das profissionais entrevistadas enquanto indispensável ao tratamento de mulheres no CAPS.

Uma das profissionais afirma que algumas das mulheres em tratamento na Instituição não desejam desvincular-se dos serviços, mesmo em casos de melhora ou necessidade de alta, devido aos “ganhos secundários” adquiridos com o seu processo de adoecimento mental. Ao ser indagada sobre o que seriam tais “ganhos secundários”, a profissional afirma:

“O cuidado da família, que muitas vezes ela teve que dar, mas não teve. Acho bom ter a atenção e o cuidado da família, ou do parceiro, ou de alguém [...]. Os papéis começam a se inverter... o filho e o pai passam a ser cuidadores também” (Assistente Social 1).

O discurso da profissional expressa uma forma encontrada por essas mulheres para o não retorno ao papel do cuidado exercido anteriormente à emergência do adoecimento. Tais comportamentos podem ser analisados enquanto mecanismos de escape em relação ao excesso de responsabilidades atribuído socialmente ao público feminino. O desconforto gerado pela sobrecarga e o não desejo de retornar ao papel anteriormente exercido no contexto familiar comprova que o lugar designado ao cuidado não pertence naturalmente às mulheres. Desta forma, o cuidado deve ser pensado enquanto condição para a vida humana e uma atividade constante, que não deve ser atribuído a um único grupo (Guimarães, 2008). Deve ser considerado, enquanto responsabilidade de todos enquanto membros de uma ordem social, e não característica determinante para a formação de uma “identidade feminina”.

A partir dos discursos das profissionais entrevistadas, nota-se que, mesmo quando as mulheres não são usuárias do CAPS, a necessidade de acompanhar e cuidar dos familiares que frequentam a Instituição constantemente gera o isolamento social e a sobrecarga de responsabilidades, o que facilita o desenvolvimento de um transtorno mental. Assim, é comum encontrarmos nos discursos das profissionais o papel do cuidado atribuído socialmente às mulheres como fator relevante para o desenvolvimento de doenças mentais, principalmente quadros graves de depressão e ansiedade.

É importante considerar que as situações de violência vivenciadas pelas mulheres em tratamento na Instituição podem encontrar no desempenho insatisfatório de suas “responsabilidades familiares” uma forma de motivação, utilizada como justificativa por seus companheiros agressores para a prática do ato. Costa, Silveira e Madeira (2012), ao relatarem

pesquisa realizada por Costa (2011) com homens que cumprem pena por violência doméstica, afirmam que todos os entrevistados atribuem a culpa pelo próprio comportamento agressivo à companheira. As motivações estavam muitas vezes relacionadas a funções tidas como “femininas”, e não realizadas de forma satisfatória, segundo os companheiros.

O papel do cuidado, quando não é exercido de forma “satisfatória”, é utilizado como justificativa pelos agressores para a prática de atos de violência contra as companheiras. Sendo assim, a vivência de situações de violência e o excesso de responsabilidades tidas como femininas podem, em conjunto, gerar a emergência do adoecimento mental de mulheres. Desta forma, não podem ser considerados enquanto dois pólos conflitantes e estanques na realidade social.

De forma geral, verifica-se que o adoecimento mental feminino relaciona-se com a sobrecarga em relação ao papel social de cuidadora e situações de violência. Já o adoecimento mental masculino, especificamente a depressão, encontra justificativa em questões trabalhistas e dificuldades de estabelecerem-se enquanto provedores da família. Tal constatação aponta para a influência das construções de gênero e a formação de papéis e identidades masculinas e femininas sobre a saúde. Assim como já explicitado, as formas pré-definidas de pensar os papéis sociais de acordo com o sexo dos indivíduos submetem-nos ao controle social. O adoecimento, desta forma, parece emergir quando homens e mulheres não conseguem desempenhar tais papéis de forma satisfatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escassez de recursos financeiros e materiais da Instituição pesquisada, ressaltada por todas as profissionais entrevistadas, aponta para a necessidade de ampliação do Sistema Nacional de Saúde Mental brasileiro, visto que não apresenta-se enquanto fato isolado. O Sistema de Saúde Mental, assim como os demais campos da saúde, enfrenta um período de forte estagnação devido à negligência de ações governamentais.

O Distrito Federal deve avançar na consolidação de uma rede de saúde mental eficiente. Segundo o Relatório de Gestão 2003-2006 realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, o DF aparece em penúltimo lugar no ranking de cobertura de CAPS (Brasil, 2007), não apresentando ainda nenhuma residência terapêutica em funcionamento. O CAPS em questão, além da região administrativa em que está inserido, atende a demanda de mais cinco cidades-satélite do DF que não possuem tal serviço, causando a superlotação institucional e o achatamento dos recursos disponíveis. Deve-se pensar na abertura de novos CAPS, a fim de ampliar a rede desinstitucionalizada de atendimento, bem como responder melhor as demandas dos usuários em tratamento.

Por meio das entrevistas foi possível a análise da perspectiva de alguns dos profissionais sobre as representações de gênero e de que forma estas podem exercer influência sobre a maior quantidade de mulheres em tratamento na Instituição. Percebe-se a relação existente entre as principais demandas de mulheres e homens que procuram o tratamento e as exigências sociais para a construção de um “ser ideal”, de acordo com os estereótipos de gênero. Enquanto a demanda feminina relaciona-se à sobrecarga embasada no papel do cuidado e à vivência de violência, a demanda masculina relaciona-se principalmente com as dificuldades encontradas para a produção laboral. Tal constatação evidencia a relação entre as construções de gênero e a emergência de determinado transtorno mental.

A hipótese levantada para a realização da pesquisa foi testada por meio da análise dos relatos das profissionais. O papel do cuidado perpassa o pensamento de todas as entrevistadas enquanto fator determinante para a emergência do transtorno mental na maioria das pacientes do sexo feminino. Desta forma, pode-se afirmar que a maior presença de mulheres como usuárias dos serviços do CAPS está relacionada com as representações dos papéis de gênero vinculadas ao cuidado.

Apesar dos sinais de desconstrução apresentados por algumas das profissionais entrevistadas, visões naturalizadas ainda perpassam os discursos analisados (mulher enquanto ser frágil e cuidadoso; a questão trabalhista enquanto problema de cunho unicamente masculino). Tais concepções afirmam que ainda há um longo caminho a ser percorrido em direção à construção de um Sistema de Saúde Mental apto a tratar a demanda de seus usuários, considerando que o adoecimento mental é sobretudo um constructo social. Desta forma, as construções de gênero devem ser pensadas enquanto problema de saúde pública, visto que exercem grande influência para a emergência de diversos transtornos, tanto em mulheres quanto em homens. Apenas a partir da socialização dos aspectos culturais fundantes de tais construções se pode pensar em ações interventivas capazes de conduzir ao empoderamento, principalmente de mulheres. É necessária a desconstrução de ideias que naturalizam o papel de subordinação historicamente ocupado pela figura feminina e que incidem sobre a saúde e qualidade de vida das mulheres.

Deve-se pensar a importância da atuação do Assistente Social na saúde mental. Enquanto profissão de cunho interventivo, o profissional deve contribuir para a desconstrução de concepções que reforçam a permanência de papéis naturalizados de gênero, bem como para a construção de um pensamento crítico no interior da dinâmica institucional. A Inserção desses profissionais deve ser ampliada no espaço sócio-ocupacional em questão, visto que Instituição estudada possui apenas duas Assistentes Sociais em seu quadro profissional. A presença de profissionais do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da saúde mental significa a busca pelo rompimento do paradigma biologizante, visto que tal área de formação deve abordar os aspectos sociais e culturais do adoecimento mental, contribuindo para a formação de um pensamento profissional crítico.

De forma mais ampla, ações governamentais de cunho educativo devem ser pensadas a fim de ampliar a visão profissional acerca da relação existente entre o processo de construção de identidades masculinas e femininas e a emergência do adoecimento mental, bem como as diferentes formas de pensar e tratar a saúde mental de acordo com o gênero. Numa dimensão mais restrita, a Instituição deve pensar em novas atividades voltadas à temática “Gênero e Saúde Mental”, visto que das profissionais entrevistadas, apenas duas operam grupos voltados para tal propósito. Apesar da importância de tais grupos, ainda constituem-se em iniciativas pontuais nas ações/atividades realizadas pela Instituição.

Por fim, conclui-se que a Instituição deve avançar no entendimento sobre a relação entre gênero e o campo da saúde mental. A maioria das profissionais percebe o maior fluxo de mulheres enquanto usuárias da Instituição, mas não consideram tal constatação enquanto fator fundamental para se pensar novas práticas capazes de intervir no processo de melhora e/ou cura de transtornos mentais. O aspecto cultural do processo de adoecimento mental ainda é visto enquanto esfera dissociada dos fatores biológicos, constatando a permanência de aspectos do pensamento biologizante no ideário de grande parte dos profissionais atuantes na saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. de F. **Diferença e Igualdade nas Relações de Gênero: revisitando o debate.** In: Revista de Psicologia Clínica. Vol. 17, nº 2. p. 41-52. Rio de Janeiro, 2005.

AZEVEDO, M. M. dos A. **O Adoecimento do Seio e a Transmissão Psíquica.** In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia. Vol. 7. n. 4. p. 32-43. Dez, 2004.

BRAGA, José C. S.; PAULA, Sérgio G. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social.** São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990.** Senado Federal, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo.** Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Data de acesso: 12 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial,** 2004a. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Data de acesso: 5 de junho de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são e para que servem.** Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Data de acesso: 12 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Volta para Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental,** 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf. Data de acesso: 12 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental; relatório final.** Brasília, 1987. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Data de acesso: 12 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil**; Relatório Final. Brasília, 1992. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208Icnsmr.pdf>. Data de acesso: 13 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília, 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf. Data de acesso: 13 de abril de 2016.

BRASIL. 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, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde Mental no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Ed. Cortez. p. 88-110. São Paulo, 2006.

BIROLI, F; MIGUEL, L. P.; **Gênero, Raça e Classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades**. In: Revista Mediações, vol. 20, nº 2. p. 27-55, 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P.; **A Saúde e Seus Determinantes Sociais**. In: PHYSIS: revista de saúde coletiva. Vol. 17, nº1, p. 73 -93. Rio de Janeiro, 2007.

CABRAL, F.; DÍAZ, M. **Relações de gênero**. In: Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte; Fundação Odebrecht. Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Ed. Rona Ltda, p. 142-150. Belo Horizonte, 1998.

CARDOSO, A. J. C., TRINO, A., PEDRA, M. MADEIRA, P. P. de. **Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental**. In: Tempus, actas de Saúde Coletiva, vol. 8, nº 1, p. 57-63. Mar, 2014.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. **Os Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

COSTA, R. G. da; SILVERA, C. M. H; MADEIRA, M. Z. de A. **Relações de Gênero e Poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina.** In: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas Sobre a Mulher e as Relações de Gênero-REDOR/ UFPB. Novembro, 2012.

COUTO-OLIVEIRA, Verusca. **Vida de Mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência.** Tese de doutorado (Universidade de Brasília). Brasília, 2007.

EXPRESSÃO POPULAR, Geração Editorial. **Holocausto Brasileiro: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil.** Disponível em: <https://www.expressaopopular.com.br/livros/geracao-editorial/holocausto-brasileiro-60-mil-mortos-no-maior-hospicio-do-brasil>. Data de acesso: 13 de abril de 2016.

FÁVERO, M. H. **Psicologia do Gênero. Psicobiografia, Sociocultura e Transformações.** Curitiba: Editora da Universidade Federal do Paraná, 2010.

FERRAZ, Dulce. KRAICZYK, Juny. **Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS.** In: Revista de Psicologia da UNESP. vol. 9, nº1, p. 70-82. São Paulo, 2010.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** In: Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 10, n. 1. p. 105-109, 2005.

FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. **Entre Loucos e Manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil.** Cadernos de Graduação, vol. 2. p. 121-136. Maceió, nov, 2014.

FLEURY, S. **A reforma sanitária brasileira.** In: BERLINGUER, G; TEIXEIRA, S; CAMPOS, G. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec-CEBES, 1988.

GRANJA, Edna. MEDRADO, Benedito. **Homens, Violência de Gênero e Atenção Integral à Saúde.** In: Psicologia e Sociedade [online]. 2009, vol.21, n.1, pp. 25-34.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais.** In: Revista de Administração de Empresas. Vol. 35, nº 3. p. 20-29. Maio/Junho 1995.

GOLDANI, A. M. **As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação.** In: Revista Travessia. p. 68-109. Ano IV, n. 9. Jan/abr. São Paulo, 1991.

GOMES, R., NASCIMENTO, E. F. do.; ARAÚJO, F. C. de. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** In: Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 3. p. 565-574. Mar, 2007.

GUIMARÃES, Raquel. **Deficiência e Cuidado: por quê abordar gênero nessa relação?.** In: revista SER Social, vol. 10, nº 22, p. 213-238. Brasília, Jan/jun, 2008.

LAURELL, A. C. **A Saúde-doença como Processo Social.** In: Revista Latinoamericana de Salud, 2ª ed. p. 7-25. Tradução: E. D. Nunes. México, 1982,

LUDERMIR, A. B. **Desigualdade de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades.** In: Physis Revista de Saúde Coletiva. Vol. 18, nº 3. p. 451-167. Rio de Janeiro, 2008.

MANZINI, E. J. **Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros.** In: Programa de Pós-graduaçõ, Unesp, 1990.

MELO, H. P de., CASTILHO, M. **Trabalho Reprodutivo no Brasil: quem faz?.** In: Revista Economia Contemporânea, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 1, p. 135-158, jan/abr. 2009.

MENEZES, A. M de; SILVA, R. M. da. **Pacto da Discriminação, Violência e Pobreza na Saúde Mental das Mulheres.** In: Raça e Gênero na Saúde Mental do Distrito Federal. Silva, René Marc da Costa (org.). p. 105-121. Brasília, UniCeub, 2013.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NEVES, E. T; CABRAL, I. E. **Empoderamento da Mulher Cuidadora de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde.** In: Texto Contexto Enferm. Julho-setembro, vol. 17, nº 3. p. 552-560. Florianópolis, 2008.

NORONHA, J. de C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, José de C; CARVALHO (org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, W. F. de. **Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: contextualização histórica, desafios e perspectivas**. In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Vol.4, n°9. p. 52-17. Florianópolis, 2012.

OLIVEIRA, E. N., JORGE, M. S. B. **Violência contra a Mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental**. In: Revista RENE. Fortaleza, vol. 8, n. 2, p. 93-100, mai/ago, 2007.

OMS. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. **Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança**. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo - 2001. Genebra; 2001.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**, 1990. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas. Data de acesso: 12 de abril de 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020**. 2013.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.21, n.1, p.15-35. Rio de Janeiro, jan.-mar. 2014

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.37-59, jan/mar, 2014.

ROSA, L. C dos S; CAMPOS, R. T. O. **Etnia e Gênero como variáveis sombra na saúde mental**. In: Revista Saúde em Debate, vol. 36, n° 95. p. 648-656. Out/dez, Rio de Janeiro, 2012.

SAFFIOTTI, H. I. B. **Influências do pós-modernismo nas teorias feministas**. Trabalho apresentado no XXI Congresso da ALAS/Associação Latino-Americana de Sociologia. São Paulo, 1997.

SANDER, J. **A Caixa de Ferramentas de Michel Foucault, A Reforma Psiquiátrica e os Desafios Contemporâneos**. In: Psicologia & Sociedade, vol. 22, n. 2. p. 382-387. Belo Horizonte, 2010.

SANTOS, A. M. C.C. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados.** In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 14. p. 1177-1182. Jul/ago, 2009.

SANTOS, A. M. C. C. **Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS – Araraquara - SP [dissertação].** São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

SÃO PAULO, Instituto de Saúde. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira.** MATEUS, Mário Diniz (org). São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf>. Data de acesso: 8 de abril de 2016. Data de acesso: 28 de abril de 2016.

SÃO PAULO, Portal Eletrônico da Secretaria de Saúde. **Humanização: saúde mental.** Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>>. Data de acesso: 9 de abril de 2016.

SILVA, R. C. **A formação do psicólogo para o trabalho na saúde pública.** In: F. C. B. Campos (Org.), Psicologia e saúde: repensando práticas. p. 25-40. São Paulo, Hucitec, 1992.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses.** In: Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.

TEIXEIRA, M. F. T. **Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (sus).** In: Revista de Administração de Empresas. Vol. 49; n. 4. São Paulo, 2009.

TENÓRIO, F.: **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1. p. 25-59, jan.-abr, 2002.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. **O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica.** In: Estudos de Psicologia; vol. 11 n. 2, p. 159-168, 2006.

ZANELLO, V.; FIUZA, G., COSTA, H. S. **Saúde Mental e Gênero: facetas gendradas no sofrimento psíquico**. In: Revista de Psicologia, vol. 27, n. 3. p. 238-246. Brasília, 2015.

APÊNDICE

Roteiro de Entrevista com os Profissionais

Bloco 1. Identificação

1. Qual formação
2. Tempo de formação
3. Algum curso ou especialização na área de saúde mental
4. Tempo de atuação no CAPS

Bloco 2. Atuação no CAPS

5. Principais atividades que desenvolve/participa no CAPS.
6. Principais desafios/obstáculos para o desenvolvimento das atividades

Bloco 3. Demandas dos Usuários e Relações de Gênero

7. Você percebe que ocorre maior fluxo de mulheres ou de homens durante seu trabalho na Instituição? A que você atribui essa realidade?
8. Quais demandas você percebe com mais frequência entre mulheres que desejam ou são atendidas pelo CAPS?
9. Quais são os transtornos mais apresentados por mulheres que frequentam o serviço? E por homens? Você percebe diferenças entre demandas trazidas de acordo com o sexo dos usuários?
10. Na sua opinião, o adoecimento mental acomete mais mulheres ou homens? Por que?
11. Em relação à procura pelos serviços, mais homens ou mulheres procuram o tratamento? Por que?
12. Quais as causas apresentadas pelas mulheres para que chegassem a desenvolver um transtorno mental?
13. Em relação ao abandono do tratamento, quem costuma deixar mais os serviços? Homens ou mulheres?

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa: **Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em CAPS II do Distrito Federal.**, sob a responsabilidade da pesquisadora Lucélia Luiz Pereira.

O projeto propõe a realização de entrevistas com profissionais e pesquisa em fichas de acolhimento da Instituição, a fim de proporcionar dados para a análise das construções de gênero, em relação ao processo de adoecimento mental.

O objetivo desta pesquisa é analisar de que forma as representações dos papéis de gênero e relações de poder influenciam na maior presença de mulheres como usuárias dos serviços do CAPS.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevistas, realizadas nas instalações do Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga Sul, em data e horário que serão previamente acordados com o senhor (a), com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

Há o risco de exposição individual, considerando que a pesquisadora irá se apropriar de informações em relação ao seu cotidiano profissional. O sigilo estará garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposição indesejada. A pesquisadora será responsabilizada por qualquer informação divulgada sem a devida autorização. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação da discussão acerca da relação entre as construções de gênero e a saúde mental, tanto em sua Instituição de trabalho como em âmbito acadêmico.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no CAPS II de Taguatinga Sul, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lucélia Luiz Pereira, no Departamento de Serviço Social (SER/UNB), no telefone (61) 93107 7505 , ou para Amanda Aragão de Oliveira, no telefone (61) 981314558, inclusive para ligação a cobrar. Pode também entrar em contato através dos e-mails: lucelia@unb.br ou amanda.adoliveira@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE

Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de Pesquisa

Eu, _____,
autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em CAPS II do Distrito Federal**, sob responsabilidade de Lucélia Luiz Pereira, vinculada a graduação do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (SER/UNB).

O som referente à gravação de voz pode ser utilizado apenas para análise por parte da pesquisadora, a fim de transcrever as falas e incorporá-las ao projeto, sendo garantido o sigilo.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do meu som de voz.

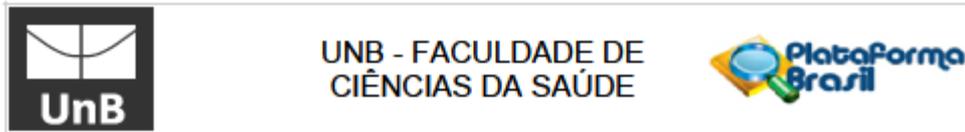
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em CAPS II do Distrito Federal

Pesquisador: Lucélia Luiz Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57732616.7.0000.0030

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.701.244

Apresentação do Projeto:

Resumo segundo autor:

"O presente projeto de trabalho de conclusão de curso propõe uma investigação acerca da relação entre gênero e saúde mental a partir de pesquisa de campo em um CAPS II de região administrativa do Distrito Federal. O objetivo é analisar de que forma as representações dos papéis de gênero e relações de poder influenciam na maior presença de mulheres como usuárias dos serviços do CAPS. A hipótese levantada é que tal fato está relacionado com as representações dos papéis de gênero vinculadas ao cuidado. Como procedimento metodológico serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que atuam no CAPS, bem como a análise de informações coletadas em fichas de acolhimento. Por fim, fará-se a relação entre as informações coletadas em campo e os achados bibliográficos que compõem o aporte teórico da pesquisa."

Metodologia:

Pesquisa qualitativa – estudo de caso. Serão utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro consiste em uma tabela com o objetivo de sistematizar e sintetizar as informações que serão coletadas nas fichas de acolhimento (sexo, idade, motivação para o tratamento no CAPS e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

data de realização do acolhimento). O segundo instrumento será um roteiro semi-estruturado para realização das entrevistas com 8 profissionais do CAPS II.

Critério de Inclusão:

"No que se refere às fichas de acolhimento, farão parte da amostra apenas as pertencentes aos usuários ativos na Instituição, ou seja, aos pacientes que frequentam as atividades propostas de forma regular. Em relação aos profissionais, serão abordados para a entrevista apenas os que encontram-se em curso regular de trabalho no CAPS, visto que se faz necessário o contato cotidiano com os usuários para que os questionamentos sejam desenvolvidos de forma a atingir os objetivos do Projeto."

Critério de Exclusão:

"No que se refere às fichas de acolhimento, não farão parte da amostra as pertencentes a usuários inativos/desligados da Instituição. Em relação aos profissionais, serão excluídos aqueles que não encontram-se em curso regular de trabalho no CAPS, bem como os que encontram-se em curso regular de trabalho, porém não possuem contato cotidiano com os usuários (profissionais que desempenham apenas funções administrativas, por exemplo)."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador:

Objetivo Primário:

Analisar de que forma as representações dos papéis de gênero e relações de poder influenciam na maior presença de mulheres como usuárias dos serviços do CAPS.

Objetivo Secundário:

- Mapear estudos relacionados à discussão de gênero e saúde mental.
- Identificar a perspectiva dos profissionais sobre de que forma as construções de gênero influenciam no perfil dos usuários do CAPS.
- Construir perfil dos usuários do CAPS II em relação a idade, sexo, motivação para procura do serviço e tempo de permanência.
- Apontar a relação entre as principais motivações para o tratamento na Instituição e as relações desiguais de gênero."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Há o risco de exposição individual, considerando que o pesquisador irá se apropriar de informações sigilosas em relação ao cotidiano dos profissionais da Instituição, bem como em relação às fichas de acolhimento. O sigilo estará garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposição indesejada. Os pesquisadores serão responsabilizados por qualquer informação divulgada sem a devida autorização."

Benefícios:

"Contribuir para a discussão sobre as construções de gênero e a saúde mental, tanto na Instituição pesquisada quanto em âmbito acadêmico."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Serviço Social (SER), Universidade de Brasília, da acadêmica Amanda Aragão de Oliveira, orientado pela Profa. Luóelia Luiz Pereira.

Estudo de caso - abordagem qualitativa com entrevista semi-estruturada com 8 profissionais do CAPS II.

"O CAPS II que constitui o local de pesquisa localiza-se em região administrativa do Distrito Federal (DF). (...) A equipe conta com seis psiquiatras, dois terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, três médicos psiquiatras, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem e quatro técnicos administrativos."

"A Instituição conta atualmente com 503 prontuários ativos."

"Serão utilizados dois instrumentais na coleta de dados. O primeiro consistirá em uma tabela com o objetivo de sistematizar e sintetizar as informações que serão coletadas nas fichas de acolhimento. O segundo instrumental será um roteiro semi-estruturado para realização das entrevistas com os profissionais. O primeiro instrumental compreenderá quatro aspectos: o sexo, a idade, a motivação para o tratamento no CAPS e o data de realização do acolhimento."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

Orçamento no valor de R\$ 505,00 (papelaria, combustível e ressarcimento de possíveis despesas aos participantes) custeado pela própria pesquisadora.

Cronograma de execução de atividades no projeto da Plataforma Brasil informa início da coleta de dados em 03/10/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados para emissão do presente parecer os seguintes documentos a partir das solicitações do PARECER CONSUBSTANCIADO CEP 1671182:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – "TCLE.docx", postado em 15/08/2016 às 16:11:02;

Projeto Detalhado – "Projeto_pesquisa.docx", postado em 15/08/2016 às 16:11:24;

Planilha de orçamento – "orcamento.docx", postado em 15/08/2016 às 16:11:59;

Cronograma – "Cronograma.docx", postado em 15/08/2016 às 16:12:14;

Termo de autorização de uso de voz – "autorizacao_som.doc", postado em 15/08/2016 às 16:12:46;

Carta de resposta ao CEP as pendencias- " carta_pendencias.doc", postada em 15/08/2016 às 16:14:48;

Informações Básicas do Projeto – "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_744425.pdf", postado em 15/08/2016 às 17:52:14;

Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP– "PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1671182.pdf", postado em 10/08/2016 às 13:33:37.

Recomendações:

Recomendamos rever critérios de exclusão conforme análise do item 2 de "Conclusões ou

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo PARECER CONSUBSTANCIADO CEP 1671182:

1. Solicita-se uniformização das informações nos diversos documentos apresentados – Projeto detalhado, Projeto inserido na Plataforma Brasil, TCLE, quanto aos critérios de inclusão e exclusão e análise de riscos e benefícios. O projeto Detalhado deve conter todas as informações que são apresentadas no projeto da Plataforma Brasil e anexos.

Análise: Foi feita a uniformização das informações nos diversos documentos.

Análise: Foram acrescentados as seguintes informações conforme solicitado para uniformização das informações:

"Projeto detalhado: Página 32; Item 3.1.3. Critérios de Inclusão e Exclusão das Fichas de Acolhimento e Profissionais para a Pesquisa; Inclusão de um segundo parágrafo, com os critérios de exclusão.

Projeto Inserido na Plataforma Brasil: Página 4 de 5; inclusão dos critérios de inclusão e exclusão, de acordo com o projeto detalhado.

TCLE: 6º parágrafo; revisão dos riscos e benefícios do projeto. Altera-se de "A Pesquisa não traz a possibilidade de riscos à integridade física dos participantes" para "Há o risco de exposição individual, considerando que a pesquisadora irá se apropriar de informações em relação ao seu cotidiano profissional. O sigilo estará garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposição indesejada. A pesquisadora será responsabilizada por qualquer informação divulgada sem a devida autorização."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Critérios de inclusão e exclusão não constam no projeto inserido na Plataforma Brasil. Solicita-se inseri-los ao Projeto da Plataforma Brasil bem como sua revisão, pois só podem ser excluídos os participantes que foram incluídos.

Análise: Foi acrescentado no projeto da Plataforma Brasil os seguintes critérios:

"Critério de Inclusão: No que se refere as fichas de acolhimento, farão parte da amostra apenas as pertencentes aos usuários ativos na Instituição, ou seja, aos pacientes que frequentam as atividades propostas de forma regular. Em relação aos profissionais, serão abordados para a entrevista apenas os que encontram-se em curso regular de trabalho no CAPS, visto que se faz necessário o contato cotidiano com os usuários para que os questionamentos sejam desenvolvidos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

de forma a atingir os objetivos do Projeto.

Critério de Exclusão:

No que se refere as fichas de acolhimento, não farão parte da amostra as pertencentes a usuários inativos/desligados da Instituição. Em relação aos profissionais, serão excluídos aqueles que não encontram-se em curso regular de trabalho no CAPS, bem como os que encontram-se em curso regular de trabalho, porém não possuem contato cotidiano com os usuários (profissionais que desempenham apenas funções administrativas, por exemplo).

Contudo a revisão dos critérios de exclusão não foi realizada. Se serão incluídos apenas profissionais que encontram-se em curso regular de trabalho no CAPS, ou seja eles não serão incluídos, portanto esse critério não cabe como exclusão. Entretanto, o fato não constitui impedimento ético a realização da pesquisa. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

3. No projeto inserido na Plataforma Brasil, página 2 de 5, item "Riscos", lê-se: "A Pesquisa não traz a possibilidade de riscos à integridade física dos participantes". No Projeto detalhado, página 33, item "3.1.5.Riscos e Benefícios", lê-se: "Há o risco de exposição individual, considerando que a pesquisadora irá se apropriar de informações sigilosas em relação ao cotidiano dos profissionais da Instituição, bem como em relação às fichas de acolhimento. O sigilo estará garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposição indesejada. A pesquisadora será responsabilizada por qualquer informação divulgada sem a devida autorização.". Solicita-se a adequação dos riscos no projeto da Plataforma Brasil. Análise: Foi acrescido no projeto da Plataforma Brasil os seguintes riscos: Página 2 de 5; alteração do item 3.1.5. "Ha o risco de exposicao individual, considerando que o pesquisador ira se apropriar de informacoes sigilosas em relacao ao cotidiano dos profissionais da Instituicao, bem como em relacao as fichas de acolhimento. O sigilo estara garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposicao indesejada. Os pesquisadores serao responsabilizados por qualquer informacao divulgada sem a devida autorizacao." **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

4. No projeto inserido na Plataforma Brasil, página 3 de 5, item "Tamanho da Amostra no Brasil", constam 8 profissionais, dos quais 6 serão profissionais do CAPS II. A pesquisadora não informa onde serão entrevistados os outros participantes, ou seja, os outros 2 profissionais. Se os outros participantes da pesquisa são de Instituições diversas da referida (CAPS II), solicita-se anexar o termo de concordância da instituição e se for o caso, inseri-la como instituição coparticipante.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

Análise: foi inserido na Página 3 de 5; Item "Tamanho da Amostra no Brasil"; alteração na quantidade de profissionais do CAPS II que serão entrevistados; de 6 para 8.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. O TCLE que consta do projeto detalhado deverá ser retirado, ou ser o mesmo da versão em separado.

Análise: Foi retirado o TCLE do projeto. PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se inserir o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa conforme modelo na página do CEP.

Análise: O Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa foi anexado à Plataforma Brasil, conforme modelo do CEP/FS. Nome do arquivo: autorização_voz.docx. PENDÊNCIA ATENDIDA.

7. Quanto a planilha "orcamento.docx", solicita-se incluir estimativa de valor para ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como alimentação e transporte.

Análise: Foi acrescido dos documentos conforme solicitado:

Página 34-35; Item 5. Recursos – Planilha de Orçamento; Item 6 "outras despesas", acrescentou-se "ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação na pesquisa", com o valor de R\$ 200,00.

Projeto Inserido na Plataforma Brasil:

Página 5 de 5; item "orçamento financeiro"; acrescentou-se "ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação na pesquisa", com o valor de R\$ 200,00.

Anexada à Plataforma Brasil a planilha "orcamento.docx", com mesmo acréscimo no item 6 "outras despesas". PENDÊNCIA ATENDIDA.

8. Solicita-se incluir o CAPS II como instituição coparticipante com o devido CNPJ no Projeto da Plataforma Brasil de forma a vincular o CEP da FEPECS.

Análise: Foi acrescido na Página 5 de 5; Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) incluída como Instituição coparticipante, visto que o CAPS II pertence à mesma. CNPJ: 003894700/0001-08, vinculada ao CEP/FEPECS/SES –DF. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.701.244

Ainda foram feitas as seguintes alterações quanto ao cronograma:

Projeto detalhado:

Página 34, Item 4. Cronograma; "início da coleta de dados – entrevistas" alterado de setembro para outubro de 2016. Início da coleta de dados alterada para 03/10/2016.

Anexado o arquivo "cronograma.docx" com a mesma alteração.

Projeto Inserido na Plataforma Brasil:

Página 5 de 5, Item "cronograma de execução", alteração nas datas de início e fim de cada etapa, a fim de adequar o cronograma às novas condições do projeto.

Conclusão: As pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

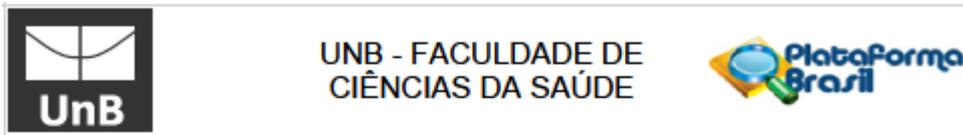
A realização das atividades do projeto na instituição coparticipante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, o CEP FEPECS.

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_744425.pdf	15/08/2016 17:52:14		Aceito
Outros	carta_pendencias.doc	15/08/2016 16:14:48	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_som.doc	15/08/2016 16:12:46	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	15/08/2016 16:12:14	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	15/08/2016 16:11:59	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	15/08/2016 16:11:24	Lucélia Luiz Pereira	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.701.244

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/08/2016 16:11:02	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	coparticipante_sesdf_editavel.doc	11/07/2016 10:18:25	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	coparticipante_sesdf.pdf	11/07/2016 10:14:23	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Outros	folha_de_rosto_editavel.pdf	07/07/2016 12:03:23	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_editavel.doc	07/07/2016 12:01:26	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_encaminhamento_editavel.doc	07/07/2016 12:01:11	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	to_instituicao_proponente_editavel.doc	07/07/2016 12:00:42	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Outros	curriculo_pesquisador_principal_lattes_lucelia_luiz.pdf	07/07/2016 11:43:04	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Outros	Curriculo_assistente.docx	06/07/2016 21:34:54	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	to_instituicao_proponente.pdf	06/07/2016 21:17:37	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	06/07/2016 21:17:26	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento.pdf	06/07/2016 21:14:38	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/07/2016 20:50:34	Lucélia Luiz Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



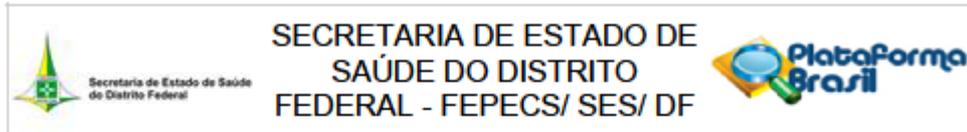
Continuação do Parecer: 1.701.244

BRASILIA, 29 de Agosto de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em CAPS II do Distrito Federal

Pesquisador: Lucélia Luiz Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57732616.7.3001.5553

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.758.777

Apresentação do Projeto:

Projeto de TCC cujo tema é Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: Estudo de caso em CAPS II do Distrito Federal.

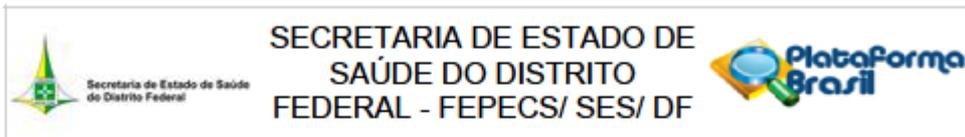
Objetivo da Pesquisa:

Analisar de que forma as representações dos papéis de gênero e relações de poder influenciam na maior presença de mulheres como usuárias dos serviços do CAPS; mapeando estudos relacionados à discussão de gênero e saúde mental; identificando a perspectiva dos profissionais sobre de que forma as construções de gênero influenciam no perfil dos usuários do CAPS; construindo um perfil dos usuários do CAPS II em relação a idade, sexo, motivação para procura do serviço e tempo de permanência; apontando a relação entre as principais motivações para o tratamento na Instituição e as relações desiguais de gênero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por riscos: De exposição individual, considerando que o pesquisador irá se apropriar de informações sigilosas em relação ao cotidiano dos profissionais da Instituição, bem como em relação às fichas de acolhimento. O sigilo estará garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposição indesejada. Os pesquisadores serão responsabilizados por qualquer informação divulgada sem a devida

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS		
Bairro: ASA NORTE	CEP: 70.710-904	
UF: DF	Município: BRASÍLIA	
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (33)3325-4955	E-mail: com/teedetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.758.777

autorização.

Por Benefícios: Contribuir para a discussão sobre as construções de gênero e a saúde mental, tanto na Instituição pesquisada quanto em âmbito acadêmico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto almeja a análise de um campo de pesquisa em particular, tentando a articulação entre os dados colhidos em campo e os achados bibliográficos que representam um universo mais amplo. Desta forma, caracteriza-se por ser do tipo qualitativa. A abordagem utilizada será o estudo de caso. Comparar os dados coletados através da entrevista e dos itens observados nas fichas de acolhimento com a bibliografia que compõe o referencial teórico do projeto, para fins de cumprimento dos objetivos gerais e específicos, bem como para a confirmação da hipótese.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto; termo de concordância da unidade envolvida - CAPSII - Taguatinga; Termo de anuência de Co- participação/Concordância, com menção ao CEP/FEPECS; TCLE; critérios de inclusão e exclusão; riscos e benefícios; cronograma; planilha de custos; curriculum; bibliografia e instrumento de coleta de dados/questionário clínico demográfico padrão do serviço.

Recomendações:

Recomenda-se mencionar no TCLE o CEP/FEPECS, com seu respectivo número de telefone, a saber: 81 3325 4955, cuja função é defender o interesse dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, bem como contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Observou-se a caracterização da pesquisa em caráter quantitativo, (quali quantitativo), em face da amplitude da pesquisa de campo e dos achados bibliográficos mencionados. O projeto será aprovado, com as ressalvas apresentadas.

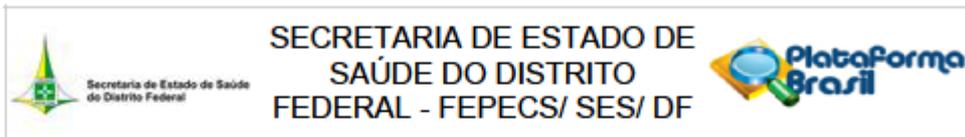
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final, após a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

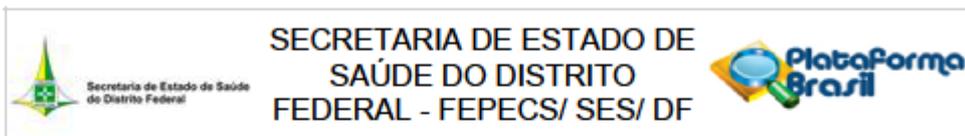
Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: com/teedetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.758.777

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_744425.pdf	15/08/2016 17:52:14		Aceito
Outros	carta_pendencias.doc	15/08/2016 16:14:48	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_som.doc	15/08/2016 16:12:46	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	15/08/2016 16:12:14	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	15/08/2016 16:11:59	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	15/08/2016 16:11:24	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/08/2016 16:11:02	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_744425.pdf	11/07/2016 10:19:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	coparticipante_sesdf_editavel.doc	11/07/2016 10:18:25	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/07/2016 10:16:59	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	11/07/2016 10:16:00	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	coparticipante_sesdf.pdf	11/07/2016 10:14:23	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_744425.pdf	07/07/2016 12:07:20		Aceito
Outros	folha_de_rosto_editavel.pdf	07/07/2016 12:03:23	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_editavel.doc	07/07/2016 12:01:26	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_encaminhamento_editavel.doc	07/07/2016 12:01:11	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	to_instituicao_proponente_editavel.doc	07/07/2016 12:00:42	Lucélia Luiz Pereira	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: com/ledeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.758.777

Justificativa de Ausência	to_instituicao_proponente_editavel.doc	07/07/2016 12:00:42	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	to_instituicao_coparticipante_editavel.doc	07/07/2016 12:00:15	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Outros	curriculo_pesquisador_principal_lattes_lucelia_luiz.pdf	07/07/2016 11:43:04	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Outros	Curriculo_assistente.docx	06/07/2016 21:34:54	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	to_instituicao_coparticipante.pdf	06/07/2016 21:17:46	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	to_instituicao_proponente.pdf	06/07/2016 21:17:37	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	06/07/2016 21:17:26	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento.pdf	06/07/2016 21:14:38	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	06/07/2016 21:11:36	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	06/07/2016 21:10:27	Lucélia Luiz Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/07/2016 20:50:34	Lucélia Luiz Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Outubro de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: com/ledeetica.secretaria@gmail.com