

# Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira:

uma abordagem de gênero

Ana Paula Müller de Andrade<sup>(a)</sup>  
Sônia Weidner Maluf<sup>(b)</sup>

Andrade APM, Maluf SW. De-institutionalization experiences in the Brazilian psychiatric reform: a gender approach. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):811-21.

This paper discusses gender issues present in the mental health field in Brazil developed during the de-institutionalizing process of psychiatric reform. It develops a data analysis from an ethnographic study conducted between 2010 and 2011, in the Brazilian cities of Joinville-SC and Barbacena-MG as well as in Turin, Trieste and Gorizia in Italy. The guiding questions for these discussions relate to the significant presence of gender in the experiences launched by the deinstitutionalization process along the psychiatric reform in Brazil, regarding the care practices and the modes of subjectivation of women and men as users of the services that substituted the psychiatric hospital.

**Keywords:** Gender. Modes of subjectivation. Mental health. Psychiatric reform.

Este artigo objetiva discutir algumas experiências de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, a partir de uma abordagem de gênero. Para tanto, desenvolve uma análise dos dados de uma etnografia realizada nos anos de 2010 e 2011, nas cidades brasileiras de Joinville-SC e Barbacena-MG, assim como em Torino, Trieste e Gorizia na Itália, que teve como sujeitos os usuários e as usuárias dos serviços de saúde mental. As questões que norteiam as discussões dizem respeito à presença significativa do gênero nas experiências de desinstitucionalização desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira, nas práticas assistenciais e nos modos de subjetivação de mulheres e homens que frequentam os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

**Palavras-chave:** Gênero. Modos de subjetivação. Saúde mental. Reforma psiquiátrica.

<sup>(a)</sup> Pós-doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Rua Barão de Santa Tecla, 1334 A/ 32. Pelotas, RS, Brasil. 96010-140. psicopaula@yahoo.com.br

<sup>(b)</sup> Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. soniawmaluf@gmail.com

## Introdução

Este artigo visa discutir algumas experiências de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica brasileira por meio de uma abordagem de gênero. Para tanto, desenvolve uma análise dos dados de uma etnografia realizada nos anos de 2010 e 2011, nas cidades brasileiras de Joinville e Barbacena, assim como em Torino, Trieste e Gorizia, na Itália, cujo objetivo foi fazer uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira a partir do ponto de vista das pessoas que usam ou usaram os serviços de saúde mental.

As questões que norteiam este texto dizem respeito à presença significativa de questões de gênero nas experiências de desinstitucionalização desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira, nas práticas assistenciais, e nos modos de subjetivação de mulheres e homens que frequentam os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Estas e outras questões demonstram a complexidade e a relevância de se abordarem as questões de gênero no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, visto que seus desdobramentos são expressivos tanto nos modos de subjetivação quanto nas práticas institucionais e singulares de experimentar a assistência psiquiátrica no Brasil.

## Percurso metodológico

O trabalho de campo etnográfico foi desenvolvido durante nove meses do ano de 2010 na cidade de Joinville/SC, e, também, em pequenas incursões etnográficas na cidade de Barbacena/MG (2010) e Torino, Trieste e Gorizia, na Itália (2011). Não se trata de um estudo comparativo, buscamos, em realidades distintas, elementos que aumentassem a capacidade de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira.

Optamos pela abordagem etnográfica por entender que assim seria possível enfatizar os diferentes discursos e práticas sociais presentes no contexto investigado. Durante o trabalho de campo, utilizamos observações participantes, narrativas e entrevistas semiestruturadas. Os dados foram registrados em diários de campo.

O trabalho de campo não se deu com um grupo ou local específico. Acompanhamos os sujeitos em atividades diversas, ligadas ou não à saúde mental, nas cidades em que moram. Ao conversar com os/as primeiros/as interlocutores/as sobre a pesquisa, estes/as indicavam pessoas que julgavam que poderiam participar. Estas, por sua vez, indicavam outras e convidavam para participar de outras atividades. Assim, o trabalho foi sendo desenvolvido, aos moldes das redes sociais, como sugerido por Bott<sup>1</sup>.

Os sujeitos da pesquisa eram mulheres e homens adultos, em geral pertencentes às classes populares que frequentavam ou já tinham frequentado os serviços de saúde mental. Muitos/as eram egressos/as de hospitais psiquiátricos e alguns/algumas ainda eram internadas, por diferentes motivos, nos hospitais psiquiátricos existentes no Brasil. Todas/os usavam ou já tinham feito uso de psicofármacos.

### Um breve panorama da reforma psiquiátrica brasileira

A reforma psiquiátrica brasileira tem sido reconhecida tanto como um processo inovador, original e prolífero<sup>2</sup> quanto como uma obra plural e em processo<sup>3</sup>. Esse processo teve seu início ainda nos anos 1970 e foi desencadeado por um movimento social protagonizado por trabalhadores/as, familiares, usuários/as, políticos/as, artistas, dentre outros, que reivindicavam uma transformação na assistência psiquiátrica dispensada aos considerados 'doentes mentais'.

Desenvolveu-se num contexto mais amplo de reformas psiquiátricas que vinham acontecendo em outros países, com uma concepção contra-hegemônica ao modelo vigente, baseado na custódia e no isolamento dos 'loucos' e suas 'loucuras'. Tal modelo, à época, foi reconhecido como incapaz e ineficiente, nas suas vertentes práticas e teóricas, como mostram os trabalhos de Foucault<sup>4</sup>, Goffman<sup>5</sup>, Cooper<sup>6</sup>, dentre outros.

Em sua análise sobre os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo (Itália, França, Estados Unidos, dentre outros países), Desviat<sup>7</sup> mostra como o contexto pós-segunda guerra, aliado a outros acontecimentos, como o advento dos psicotrópicos e da psicanálise, foram fatores propulsores destes processos que aconteceram de maneiras distintas nos países em que ocorreram. Para o autor, estes movimentos estiveram permeados pelas características próprias de cada país e, também, do que ele denominou como diferentes momentos históricos dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo, que teriam, como condições comuns, um clima político e social propício e uma legitimação administrativa favorável.

Desviat<sup>7</sup> considera dois momentos históricos dos movimentos da reforma psiquiátrica no mundo, sendo: o primeiro desenvolvido na França, na Itália, na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá; e o segundo desenvolvido em países como o Brasil e a Espanha. Para o autor, este segundo momento estaria influenciado pelas reformas anteriores. Na sua avaliação, os riscos dos processos de transformação da assistência em saúde mental, enquanto psiquiatria pública alternativa estariam situados “por um lado, da crise de seu esteio principal – os serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado de Bem Estar Social – e, por outro, da evolução fármaco-dependente e rudimentarmente biológica da psiquiatria” (p.157).

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou seu processo concomitantemente ao processo de democratização do país e de reformulação no seu sistema de saúde, por meio da reforma sanitária; e passou a questionar os saberes e práticas psiquiátricos, além de fazer uma crítica radical ao hospital psiquiátrico como local de tratamento.

Como consequência de mobilizações, de embates e negociações entre setores com interesses diversos e divergentes, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional Brasileiro, a Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10216/2001) foi aprovada. Tal política estabelece direitos para as pessoas denominadas como “portadores/as de transtornos mentais”; regulamenta o cuidado com a clientela internada por longos anos, e redireciona a assistência psiquiátrica no país, indicando a criação de uma rede de serviços comunitários que substitua os hospitais psiquiátricos.

Desde a aprovação da lei, vários serviços e práticas vêm sendo desenvolvidos de forma heterogênea em todo o país, o que permite dizer que são muitas as reformas, não apenas na diversidade de práticas e teorias como naquilo que pretendem reformar. Considerando a heterogeneidade e a complexidade das mesmas, poderíamos denominar tal processo como ‘as’ reformas psiquiátricas ao invés de ‘a’ reforma, como apresentado por Fonseca et al.<sup>3</sup> e também sugerido por Andrade<sup>8</sup>.

Outros trabalhos também apontam para a diversidade dos processos de reforma psiquiátrica, bem como para sua complexidade. Rotelli et al.<sup>9</sup>, a partir da experiência italiana, comentam que o processo de transformação da assistência psiquiátrica é um processo dinâmico, conflitivo e não resolutivo. Tais autores aludem ao dito de Franco Basaglia – um dia após a aprovação da Lei 180, na Itália, em 1978 – de que “por sua lógica interna e pelas características do terreno na qual age, esta lei abre mais contradições do que as resolve” (p.49).

Seja pela complexidade do processo como pelos aspectos que o compõem, as contradições e paradoxos presentes na atualidade destas transformações no Brasil extrapolam o campo da saúde. É, assim, um processo amplo, repleto de tensões e atravessamentos que têm colocado em evidência diferentes elementos, próprios à sua complexidade. O gênero é um desses elementos.

Discutiremos, a seguir, aqueles aspectos que emergiram com maior vigor na pesquisa realizada, considerando o gênero como um elemento importante no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

### **Considerações sobre o gênero na reforma psiquiátrica brasileira**

A política nacional de saúde mental brasileira, traduzida pelo processo da reforma psiquiátrica, tem produzido transformações subjetivas e objetivas na vida de homens e mulheres que têm suas experiências de vida atravessadas pela mesma. Tal política congrega alguns planos, que podem ser situados entre o plano institucional e o plano das experiências singulares, em que o gênero tem se mostrado como uma dimensão política importante a configurar as relações de poder. Partimos do entendimento do gênero como uma construção sociocultural, histórica e relacional, que institui hierarquias, configura relações de poder e constitui modos de subjetivação.

No emaranhado de (re)posicionamentos subjetivos desencadeados por tais transformações, é possível perceber a articulação de certos modos de subjetivação<sup>(c)</sup> que possibilitam, ou não, rupturas com os lugares hegemonicamente instituídos aos homens e mulheres que têm suas experiências no campo da saúde mental. Como apresentado, o gênero é entendido aqui como um regime de subjetivação, como uma forma de constituição de sujeitos que configura relações de poder, tal como tem sido proposto por Judith Butler, Joan Scott e Teresa de Lauretis.

Como apontam alguns estudos<sup>8,10-12</sup>, as mulheres são a maioria na maior parte dos serviços de saúde mental criados no processo da reforma psiquiátrica brasileira, como: trabalhadoras, usuárias e/ou familiares e, sobretudo, consumidoras dos psicofármacos prescritos nestes serviços. Entretanto, existem algumas particularidades quanto à maior ou menor presença das mulheres nestes serviços. Enquanto, nos serviços voltados para a atenção básica de saúde, a presença das mulheres é significativamente maior, nos serviços voltados para o atendimento de álcool e outras drogas, a clientela maior é formada por homens, o que indica diferenças socioculturais nos modos como homens e mulheres buscam alívio para seus sofrimentos.

No contexto da pesquisa desenvolvida, percebemos que, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de tipo III<sup>(d)</sup>, a clientela era distribuída de forma equivalente entre os sexos, conforme percebido no dia a dia do serviço e, também, pelas informações da coordenadora. Já no serviço que voltava suas ações para as questões de trabalho e renda, as mulheres não eram maioria. Nos demais serviços, como Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial tipo II, as mulheres predominavam como usuárias. Tais dados evidenciam configurações de gênero que tendem a reproduzir lugares historicamente constituídos para homens e mulheres e revelam que “as questões geradoras do sofrimento psíquico têm sua base nos estereótipos de gênero”<sup>13</sup> (p.245). Além disso, demonstram que a busca por alívio para tais sofrimentos é marcada por determinantes socioculturais, tal como discutido por Silveira<sup>14</sup>.

Além da significativa presença das mulheres nos serviços de saúde mental, durante a pesquisa também foi possível perceber a reificação do lugar de subalternidade ocupado por elas. Tal reificação pode ser percebida nos discursos e práticas institucionais e, também, nas falas de alguns/algumas interlocutores/as que, ao se referirem às experiências de algumas mulheres, faziam comentários do tipo “isso é fricote, dá coisa para ela fazer...”, “é aquela loucurada dos hormônios todos os meses...”, dentre tantas outras expressões reveladoras de uma maneira de pensar as diferenças percebidas entre homens e mulheres. Comentários com este teor se tornaram frequentes, e eram enunciados tanto por homens quanto por mulheres. Evidenciavam, de certa maneira, os aspectos socioculturais, históricos e relacionais neles presentes.

Durante o trabalho de campo em Barbacena – MG<sup>(e)</sup>, soubemos que uma das edições do Festival da Loucura, realizado anualmente na cidade com a finalidade de discutir a loucura, teve como temática a loucura das mulheres e, como slogan, “Festival da Loucura: a loucura delas...”. Tal slogan estava inscrito em uma camiseta cor de rosa vestida por uma mulher que trabalhava na recepção de um serviço turístico da cidade, e que relatou como havia sido, do seu ponto de vista, aquela edição do festival. Para ela, tinha sido uma oportunidade ímpar para discutir o sofrimento das mulheres, já que entendia que elas sofriam de uma maneira diferenciada dos homens. “É diferente entende, a gente tem uma coisa que é da mulher...”, disse ela, argumentando sobre a especificidade de um sofrimento feminino.

<sup>(c)</sup> Entendemos, por modos de subjetivação, os processos por meio dos quais os indivíduos se tornam sujeitos, tal como proposto por Michel Foucault.

<sup>(d)</sup> Os Caps (Centros de Atenção Psicossocial) estão constituídos em diferentes modalidades, de acordo com os critérios de: população de abrangência, capacidade operacional, horários de funcionamento e clientela. Os Caps III funcionam todos os dias da semana, 24 horas por dia, e atendem homens e mulheres com “transtornos mentais”. Já o CAPS tipo II, tem funcionamento reduzido em dias e horários.

<sup>(e)</sup> Barbacena - MG tem uma experiência considerada paradigmática na assistência psiquiátrica brasileira. Foi considerada, por muitos anos, a “cidade dos loucos” por ter tido sete hospitais psiquiátricos, dos quais ainda restam três. Com o início do processo da reforma psiquiátrica no país, houve, no município, a criação de alguns serviços de saúde mental visando substituir os hospitais psiquiátricos, dos quais se destacam os serviços residenciais terapêuticos, onde moram homens e mulheres egressas dos hospitais psiquiátricos da cidade.

Foi possível nesta e em outras circunstâncias perceber quanto o gênero constitui discursos e práticas dos agentes do Estado, profissionais que atuam nos serviços públicos (não apenas na área de saúde, como visto no exemplo), e, também, de usuários e usuárias desses serviços. O gênero institui normativas que definem e configuram as relações entre homens e mulheres e de ambos com suas experiências de sofrimento, adoecimento e cuidado. Tanto os argumentos da trabalhadora sobre um sofrimento que seria específico das mulheres, quanto a cor e o *slogan* de sua camiseta são expressão de um discurso da diferença e relações de poder configuradas e estabelecidas pelo gênero.

Mas não é apenas sobre as mulheres que tal configuração pesa. Os homens também são afetados pela ideia de que, sendo o “sofrimento mental” de “natureza feminina”, são deslocados do lugar conferido a eles em suas relações, como mostrou o relato de Daniel, um dos interlocutores. Enquanto falava dos transtornos mentais durante uma de nossas interlocuções, disse: “Transtorno Bipolar é coisa de fresco [homossexual].” Para ele, havia transtornos que eram específicos das mulheres, e o transtorno bipolar era um deles.

Conforme aponta Laqueur<sup>15</sup>, o gênero tem estado presente nas concepções da medicina de forma significativa a partir do século XVIII; e o conjunto de conhecimentos que advém desse saber tem instituído uma série de interpretações ligadas, em especial, às questões reprodutivas e às assimetrias de gênero historicamente construídas. Tais concepções se inscrevem, também, no campo das interpretações quanto ao sofrimento ou aflições de ordem psicossocial, e atravessam os entendimentos quanto à sua etiologia e terapêuticas.

Em sua análise sobre a construção da ginecologia como uma ciência da diferença, Rohden<sup>16</sup> argumenta que é possível dizer “que as teorias da insanidade e das doenças dos nervos nas mulheres, baseadas no predomínio da função reprodutiva, foram predominantes no século XIX porque as mulheres também ‘experimentavam’ suas vidas reprodutivas como problemáticas” (p.30).

Tais concepções perduram nos dias de hoje por meio da construção, consolidada pelos saberes hegemônicos e pelos regimes de subjetivação contemporâneos, de uma relação natural entre a vida reprodutiva das mulheres, seus hormônios, esse algo que “é da mulher”, “essa loucurada dos hormônios” com suas aflições e sofrimentos. Como sugeriu Butler<sup>17</sup>, o gênero se produz por uma complexidade discursiva, que é responsável por produzir corpos de homens e corpos de mulheres. Para a autora<sup>17</sup>, “o gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser” (p.59).

Assim como a construção social da loucura apontada por Foucault<sup>4</sup>, o gênero também tem sua genealogia, como mostrou Laqueur<sup>15</sup>. Ao analisar as concepções das categorias sexo e gênero, Laqueur<sup>15</sup> argumenta que o sexo seria mais do que uma descoberta de verdade na natureza; seria uma construção social que responde aos valores de uma determinada época. Para o autor, o dismorfismo sexual foi uma categoria inexistente até o nascimento da medicina; e o sexo, tal como o concebemos atualmente, teria sido inventado no século XVIII como um fundamento para concepções culturais e sociais de gênero. Inventou-se o sexo, assim como se inventou a doença mental: fundamentos para práticas de controle dos sujeitos.

No contexto dos serviços investigados, foi possível perceber como o gênero tem marcado as experiências dos sujeitos e as práticas assistenciais. Os dados da pesquisa encontraram ressonância com dados de estudos já desenvolvidos, como os de Santos<sup>18</sup> e Silveira<sup>14</sup>, que também apontaram para o fato de que as práticas assistenciais apresentam uma marca significativa do gênero, tanto na busca de mulheres e homens para o alívio de seus sofrimentos nos serviços de saúde, quanto pelo relacionamento que estabelecem com seus pares no seu cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade. Assim, compartilhamos do argumento de Maluf<sup>19</sup> de que:

No caso da temática genérica “saúde mental” e aflição, incluindo a questão da “doença dos nervos”, o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica – tanto quantitativa, ou seja, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pela forma como as representações e ideologias da diferença de gênero conformam as experiências sociais da doença e do sofrimento psicológico e físico-moral ou do nervoso. (p.24-5)

Tal como pudemos perceber nos dados analisados, tanto os modos como as experiências de sofrimento são definidas no campo psiquiátrico ou psicológico quanto o gênero vêm constituindo regimes de subjetivação que se desdobram nas políticas públicas e nos modos de cuidar e buscar cuidados nos serviços de saúde mental. Ser mulher ou homem e/ou receber um diagnóstico de transtorno de ordem psiquiátrica são experiências que acabam prescrevendo concepções e modos de sentir e pensar por parte de usuários, usuárias e profissionais de saúde.

### O gênero e suas declinações em práticas

A partir dos dados etnográficos, foi possível compreender algumas declinações do gênero em práticas que tendem a reforçar as assimetrias baseadas no discurso da diferença sexual. Uma destas percepções está relacionada, conforme os relatos obtidos em campo, ao desencadeamento do que, grosso modo, poderíamos definir como a experiência de 'adoecimento', no campo da saúde mental.

Os relatos analisados evidenciam que, mesmo presentes nas concepções hegemônicas, a dicotomia entre o privado e o público, o mundo da casa e o mundo do trabalho profissional e do ganho do sustento não necessariamente se reproduzem no contexto investigado. Conforme as falas das mulheres, ao lado de experiências como a perda de um filho ou um ente querido, separação conjugal e dificuldades de relacionamento com a família, também estavam presentes questões ligadas ao trabalho e ao sustento da casa, dupla e tripla jornada, demonstrando que a dicotomia público-privado não era homogênea e se diluía em experiências de confronto das mulheres com o mundo 'público'.

A discussão entre público e privado, nos estudos feministas, é antiga e não será aprofundada aqui; no entanto percebe-se que tanto o público quanto o privado sofreram modificações diante das transformações produzidas pela inserção das mulheres no mundo do trabalho e em outros âmbitos da vida pública, como revelam os dados desta pesquisa.

Nilza, uma interlocutora pertencente às classes populares urbanas, com história de internações psiquiátricas e tratamentos nos serviços substitutivos, relatando sua experiência de adoecimento, mostrou como estes dois âmbitos (público e privado) apareciam de forma concomitante na sua vida. Segundo ela, suas dificuldades haviam iniciado quando, muito jovem, começou a trabalhar, e, dadas as pressões deste trabalho, como a intensa e extensa jornada de trabalho, adoeceu "da cabeça". Contudo, ao falar de suas crises, disse que elas estiveram relacionadas: às condições de trabalho, à maternidade e às péssimas condições conjugais, configurando-se, assim, como dificuldades no âmbito público e privado. Numa de nossas conversas, ela fez o seguinte relato:

"O Alberto (marido) não fazia nada, eu tinha que pegar a foice e cortar porque parecia uma capoeira [capoeira significa, neste contexto, mato alto] aqui, e cuidar do Tiago (filho) e da casa também e o Tiago não comia, e chorava de fome, mas não conseguia chupar a mamadeira (...) Aí a coisa foi ficando difícil, porque eu e o Alberto não tinha convivência, ele nunca conseguiu fazer nada pra casa [...] Aí, eu fui ali numa vizinha e falei com ela e ela disse que estavam precisando de gente para trabalhar numa cozinha industrial. Depois que eu casei eu não tinha trabalhado mais. E aí eu fui e achei uma creche e coloquei o Tiago, era aqui perto mas uma delas disse que ele não podia ficar ali pois o desenvolvimento dele não era normal e não dava. Eu fui lá falar com ela, pois achava que ele podia sim, mas ela disse que não e que ele era muito magrinho, que eu não dava comida pra ele. Me mandaram no conselho tutelar e eu tive que ir lá explicar que ele era de 8 meses. Daí depois eu levava ele lá no outro lado da cidade bem cedo, depois voltava aqui para trabalhar e no final da tarde ia lá buscar ele. Daí era só isso que eu fazia, ficava correndo de um lado para o outro. Como que não vai ficar louca? Trabalhando, o marido bate, xinga, tem que cuidar do filho [...]"

Neste relato fica evidente a articulação do público com o privado, demonstrando a diluição dos mesmos nas experiências dos sujeitos. Nilza mostra como as demandas socioculturais relacionadas às tarefas domésticas ("o Alberto não tinha convivência, ele nunca conseguiu fazer nada pra casa") e à maternidade ("diziam que eu não dava comida para ele") contribuíram para o início do seu processo de adoecimento.

O relato também deixa antever outros aspectos que se relacionam com o gênero, tal como a perpetuação da violência doméstica, em geral, invisibilizada por diferentes circunstâncias, e a responsabilização unicamente das mulheres no cuidado dos filhos.

No conjunto dos dados analisados, também foi possível perceber um discurso naturalizado que subjugava as mulheres, que não leva em consideração suas experiências singulares e as diferentes maneiras com que cada sujeito dá sentido às mesmas, estando tais experiências relacionadas a uma suposta 'natureza' feminina das questões de ordem psicológica e/ou psiquiátrica. A interpretação de uma suposta 'natureza feminina' esteve presente nas falas de alguns/algumas interlocutores/as que frequentavam os serviços de saúde mental visitados durante a pesquisa. Como apontado anteriormente, foi um deles que, referindo-se à experiência das mulheres, disse: "não tem como não ficar maluca né?!?! Imagina que elas ficam com aquela loucurada dos hormônios todos os meses". Do seu ponto de vista, as mulheres estariam predispostas aos transtornos mentais em função de uma condição biológica, ou seja, seu ciclo menstrual.

A naturalização destes discursos, tal como discutido por Rohden<sup>16</sup>, estaria ligada à concepção de uma natureza feminina ligada a questões biológicas. Como diz a autora<sup>16</sup>: "Daí derivaria a ideia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres." (p.16)

No âmbito das políticas públicas de saúde mental voltadas para as mulheres tal naturalização também aparece de forma significativa entre as preocupações ligadas aos direitos reprodutivos e à noção de 'ciclo vital' das mulheres, definido pelas diversas fases de seu ciclo biológico, como a gravidez, o parto, o pós parto e a menopausa, tal como apontou Maluf<sup>19,20</sup>.

Entendemos que ainda são limitados os esforços para a compreensão mais ampliada das articulações entre o gênero e as experiências de sofrimento no campo da reforma psiquiátrica brasileira. Isso pode estar relacionado ao fato de que mesmo com a proposta de superação do modelo manicomial, de alguma maneira, ainda se incorre na repetição de algumas características deste modelo através da manutenção de assimetrias, neste caso, aquelas relacionadas ao gênero. Além disso, o que se pode perceber é que, como sugeriu Maluf<sup>19</sup>

[...] apesar de não haver uma política explícita e consolidada de gênero de saúde mental nos programas oficiais, percebe-se que na aplicação da política de saúde, no cotidiano das unidades de saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial, uma política da diferença e um discurso da diferença de gênero se faz presente; na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público. (p.35)

Os efeitos de tal política se evidenciam na presença majoritária das mulheres como usuárias dos serviços de saúde mental, na hipermedicalização de suas experiências e sua articulação às assimetrias de gênero. Ao mesmo tempo, apontam para as possíveis limitações no acesso e no atendimento das demandas de saúde mental dos homens nestes mesmos serviços. Como apontado em Andrade<sup>12</sup>, o fato das questões de gênero não fazerem parte do rol de preocupações da reforma psiquiátrica demonstra a invisibilidade dos seus efeitos nesse contexto e indica a reprodução de uma cultura fortemente marcada pelas desigualdades de gênero.

### **Modos de subjetivação e seus desdobramentos em experiências**

Tal como discutido até aqui, o gênero enquanto um regime de subjetivação tem exercido uma grande influência nas formas de pensar e intervir no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira. Como apresentado, o pouco reconhecimento de sua complexidade tem tido efeitos especialmente sobre as mulheres que buscam alívio para seus sofrimentos nos serviços de saúde mental, em geral ligados à centralidade da terapêutica medicamentosa prescrita às mulheres.

Vale salientar que o sofrimento é entendido, em nossa análise, como uma experiência subjetiva atravessada pelos modelos e significados do processo de adoecimento e cura atribuídos por cada

sujeito ao mesmo, permeada pelas características socioculturais dos contextos em que se desenvolvem, e não apenas como uma categoria nosográfica, um evento biológico ou um conjunto de sintomas.

Como pudemos perceber na pesquisa desenvolvida, o fenômeno da (hiper) medicalização é um imperativo presente e compartilhado entre todas as pessoas que fazem parte da reforma psiquiátrica, e se articula com questões de gênero invisibilizadas mas presentes nesse contexto. É uma questão que está presente no discurso de profissionais, familiares, usuárias e usuários, e assume diferentes perspectivas.

Como apontado por diversos autores, as mulheres têm ocupado uma posição de destaque em relação ao consumo de psicofármacos, em especial os benzodiazepínicos (ver, por exemplo, Diehl et al.<sup>11</sup>), os quais estão entre as substâncias psicotrópicas mais consumidas de forma indiscriminada em todo o mundo. A partir da perspectiva de gênero, ocupar tal posição no ranking do uso dos mesmos é 'justificada' pelos prescritores (obviamente), considerando o favorecimento de um equilíbrio para as mulheres que, tendo suas angústias aliviadas, manteriam suas funções no contexto em que vivem, ainda que tais prescrições possam significar uma mordalha química que as impossibilita de descobrir outras formas de lidar com tais sofrimentos.

No que se refere ao uso dos psicofármacos entre as mulheres<sup>(f)</sup>, as queixas que ouvimos quanto ao uso dos mesmos giravam em torno: do enrijecimento do corpo, da diminuição da capacidade de articular as palavras, muitas vezes, em função da lentificação do pensamento, e ganhavam apoio da maioria no que diz respeito às modificações corporais advindas do uso da medicação. Em geral, as mulheres reclamam do ganho de peso, como fez Mariana, uma interlocutora, sobre o fato de ter aumentado 62 quilos durante uma de suas internações psiquiátricas.

Fazendo coro com a maioria das mulheres e homens que se queixam dos efeitos dos psicofármacos em seus corpos, ela contou: "Quando eu entrei no São Pedro [se referindo ao hospital psiquiátrico de Porto Alegre/RS] eu tinha quarenta quilos e saí com 102. Era uma injeção por semana e 18 comprimidos por dia". Por meio do seu relato, tentava tornar visível a dimensão de tais modificações e dos efeitos corporais do excesso de medicamentos.

Mariana é uma mulher jovem, branca, que pertence às classes populares, e, ainda que fosse de uma geração que poderia ter tido acesso a outro tipo de assistência psiquiátrica, sentiu, subjetiva e objetivamente, os desdobramentos de uma internação em um hospital psiquiátrico, tendo aumentado mais que o dobro do seu peso, além dos demais efeitos adversos desencadeados pela medicação ministrada. Sua indignação durante seu relato não dizia respeito apenas às questões corporais, mas, sobretudo, aos efeitos da internação psiquiátrica em sua vida.

Marta, outra interlocutora que frequentava um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, em uma de nossas conversas, reclamou do excesso de medicamentos prescritos e ministrados. Para ela, que tinha tido sua primeira "crise" em função das exigências do mundo do trabalho e havia engordado muitos quilos com os tratamentos psiquiátricos feitos ao longo dos anos, suas queixas se justificavam pelo fato de ela não entender que as medicações lhe fizessem bem e a ajudassem a se sentir melhor. "Hoje eu não tô boa. Eu não gosto mais aqui do CAPS, de ficar aqui no CAPS. Eles dão muito remédio pra gente", disse ela. Apesar disso, fazia uso da medicação que lhe era prescrita, resistindo, ao menos verbalmente, ao uso da mesma e alertando sobre seus excessos.

(f) As mulheres com as quais conversamos haviam sido diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, especialmente depressão, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; e, por isso, faziam uso de antidepressivos, antipsicóticos e outras medicações prescritas comumente no tratamento destes tipos de transtornos.



Como discutido anteriormente, a naturalização do sofrimento das mulheres é enfatizada em função da concepção de uma suposta vulnerabilidade relacionada ao que seria sua função reprodutiva<sup>19-21</sup>, e se desdobra em uma terapêutica correlata; para um suposto sofrimento de etiologia orgânica, uma terapêutica medicamentosa, supostamente eficaz.

Entendemos que a discussão sobre os psicofármacos não está reduzida à prescrição, usos e abusos dos mesmos, mas se relaciona a questões de poder e controle mais amplas. No trabalho em que discutem o uso de ansiolíticos entre mulheres de uma unidade básica de saúde, Carvalho e Dimenstein<sup>22</sup> alegam que, na relação destas com os serviços de saúde, se produz “um tipo de discurso naturalizado que subjuga a mulher, na medida em que não levam em conta os modos de existência particulares, as singularidades e a diversidade das maneiras de sentir e pensar de cada sujeito” (p.121).

Silveira<sup>14</sup> também faz referência ao uso dos benzodiazepínicos como terapêutica para mulheres nervosas, e mostra que “ao menos na perspectiva das pacientes e seus familiares, a medicalização de problemas sociais tem funcionado como solução para o médico, pois as pacientes, a despeito do uso de calmantes, continuam a ter crises” (p.80).

Tais aspectos envolvem as relações entre prescritores/as e demandantes, e os contextos em que estão inseridos, uma vez que esses são marcados por regimes de subjetivação que reificam diferenças e lugares de poder. Para Basaglia<sup>23</sup>, a descoberta dos psicofármacos pode ter determinado a relação dos ‘pacientes’ com as instituições; no entanto não desencadeou mudanças nas relações em si, uma vez que o ‘louco’ segue sendo o ‘louco’, e suas experiências acabam sempre sendo interpretadas a partir de uma razão psicopatológica. Tal como argumentou o autor:<sup>23</sup>

Os medicamentos exercem uma ação indiscutível, da qual pudemos apreciar os resultados em nossos asilos e na redução do número dos doentes “sócios” do hospital. Mas *a posteriori* pode-se começar a ver como funciona essa ação, tanto a nível do doente como do médico, pois os medicamentos agem simultaneamente sobre a *ansiedade enferma* e a *ansiedade* daquele que a cura, evidenciando um quadro paradoxal da situação: através dos medicamentos que administra, o médico acalma sua ansiedade diante de um doente com o qual não sabe relacionar-se nem encontrar uma linguagem comum. Compensa, portanto, usando uma nova forma de violência, sua incapacidade para conduzir uma situação que ainda considera *incompreensível*, continuando a aplicar a ideologia médica da *objetivação* através do perfeccionismo da mesma. (p.128)

É possível reconhecer que, de alguma maneira, em meio às transformações na assistência psiquiátrica brasileira, deixou-se de controlar os loucos por meio do aparato asilar, entre os muros, e se passou a controlar a loucura presente nas experiências dos sujeitos, especialmente por intermédio do imperativo da medicação.

Contudo, como a medicalização se dá em processos relacionais, os saberes são articulados de diferentes maneiras pelos sujeitos que frequentam os serviços de saúde mental pesquisados. Alguns relatos e observações foram bastante significativos desta articulação e possível subversão de tais prescrições (dos remédios e dos lugares), como o de Nilza, que, contando sobre sua experiência, disse:

“Tá, aí eu vim pra casa, mas aqui eu não tomava mais os remédios, eu guardava assim atrás da língua e não tomava e na ala psiquiátrica também não tomava, quando ia tomar o café eu fazia de conta, mas jogava fora”. Por que? “Porque fica tudo duro assim (gesticula para me mostrar a rigidez dos braços e das pernas), a pessoa não consegue fazer nada. Eu cheguei em casa e não conseguia fazer nada, queria lavar uma louça não dava, queria caminhar não dava...”

Por fim, foi neste contexto, que tende a hipermedicalizar as experiências, que foi possível compreender como os sujeitos, sobretudo as mulheres interlocutoras desta pesquisa, exercem, sobre tais prescrições, uma certa agência, por meio da qual criam linhas de fuga que, subvertendo ou aderindo parcialmente aos regimes hegemônicos de subjetivação, produzem novos significados para suas experiências com o sofrimento.

### Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

### Referências

1. Bott E. Família e rede social. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1976.
2. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
3. Fonseca TMG, Engelman S, Perrone CM. Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2007.
4. Foucault M. História da loucura: na idade clássica. 5a ed. São Paulo: Perspectiva; 1997.
5. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7a ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
6. Cooper D. Psiquiatria e antipsiquiatria. 2a ed. São Paulo: Perspectiva; 1989.
7. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
8. Andrade APM. Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
9. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. Desinstitucionalização. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
10. Maluf SW, Tornquist CS. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
11. Diehl E, Manzini F, Becker M. A minha melhor amiga se chama Fluoxetina: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: Maluf SW, Tornquist CS, organizadoras. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010. p. 331-65.
12. Andrade APM. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: Maluf SW, Tornquist CS, organizadoras. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010. p. 273-93.
13. Zanello V, Fiuza G, Costa HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal*. 2015; 27(3):238-46.
14. Silveira ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
15. Laqueur T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
16. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
17. Butler J. Problemas de gênero. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
18. Santos AMCC. 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.
19. Maluf SW. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: Maluf SW, Tornquist CS, organizadoras. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010. p. 21-67.

20. Maluf SW. Biogitimacy, rights and social policies: new biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *Vibrant (Brasília)*. 2015; 12(1):321-50.
21. Maluf SW. Sofrimento, 'saúde mental' e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias de gênero. In: Tornquist CS, Coelho CC, Lago MCS, Lisboa TK, organizadoras. *Leituras de resistência: corpo, violência e poder*. Florianópolis: Ed. Mulheres; 2009. p. 145-61.
22. Carvalho L, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estud. Psicol (Natal)*. 2004; 9(1):121-9.
23. Basaglia F. *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Andrade APM, Maluf SW. Experiencias de desinstitucionalización en la reforma psiquiátrica brasileña: una bordaje de género. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):811-21.

El objetivo de este artículo es discutir algunas experiencias de desinstitucionalización en el contexto de la reforma psiquiátrica brasileña, a partir de una abordaje de género. Para ello, desarrolla un análisis de los datos de una etnografía realizada en los años 2010 y 2011, en las ciudades brasileñas de Joinville (Estado de Santa Catarina) y Barbacena (Estado de Minas Gerais), así como en Turín, Trieste y Gorizia en Italia, cuyos sujetos fueron los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental. Las cuestiones que nortean las discusiones se refieren a la presencia significativa del género en las experiencias de desinstitucionalización desencadenadas por el proceso de la reforma psiquiátrica brasileña, en las prácticas asistenciales y en los modos de subjetivación de mujeres y hombres que frecuentan los servicios de sustitución del hospital psiquiátrico.

*Palabras clave:* Género. Modos de subjetivación. Salud mental. Reforma psiquiátrica.

Submetido em 22/10/15. Aprovado em 10/11/15.

