**XII Taller de Extensión Universitaria**

**Título: A ausência de Políticas de Saúde - Mulheres e saúde mental. (Beny e Joon) e a não “escuta”...**

**Autor: CARDOSO, Jose Moraes. Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Integrante do Projeto de Pesquisa. E-mail:** [**josue\_mcardoso@hotmail.com**](mailto:josue_mcardoso@hotmail.com)**.** **Co-autores: SILVA, Fabiana Lima.** **Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Integrante do Projeto de Pesquisa. E-mail:** [fabianaifch@gmail.com](mailto:fabianaifch@gmail.com) ;**GUEDES. Maria Eunice Figueiredo, Ms. Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Professora e Pesquisadora Projeto Amazônias. E-mail:** [**nicepsique@hotmail.com**](mailto:nicepsique@hotmail.com)

**Forma de apresentação: Comunicação Oral**

**Resumo:**

As diferenças sociais de gênero, classe, raça como determinantes sociais que são constroem desigualdades que se manifestam e criam assimetrias. A loucura como diz Amarante(2010) e Burin (1987) se coadunam com essas diferenças que acabam provocando a exclusão social e ferindo direitos. No caso das mulheres essas assimetrias e desigualdades se articulam no campo da vida afetiva, reprodutiva e no trabalho provocando situações cada vez mais presentes de processos de depressão, uso e abuso de álcool e drogas e relações de violência que hoje se encontram no cenário dos atendimentos da saúde pública na Amazônia provocando respostas por parte do Estado e justiça de internação em lugar de se pautar no campo das Políticas Públicas por um investimento em ações estruturantes que tratem desses condicionantes sociais para promover a equidade entre homens e mulheres. Esse trabalho traz a pauta esses determinantes e indicadores que apontam que no século XXI a depressão está sendo cada vez um fenômeno social e este aponta não necessariamente somente para questões das estruturas subjetivas e individuais das mulheres mas sim por meio de que as condições afetivas e sociais em que estas se encontram estão moldando esses crescentes indicadores de processos depressivos.

**Palavras chave: gênero e saúde mental; gênero e saúde**

**Abstract**

Social differences of gender, class , race and social determinants that inequalities that manifest and create asymmetries are constructed . Madness as it says Amarante (2010 ) and Burin (1987 ) are consistent with these differences that end up causing social exclusion and wounding rights . For women these asymmetries and inequalities are articulated in the field of affective life , causing reproductive and workplace situations increasingly present processes of depression , use and abuse of alcohol and drugs and abusive relationships that are today in the backdrop of calls public health in the Amazon provoking responses by the State and Justice hospitalization rather than be guided in the field of Public Policies for investment in structuring actions that address these social determinants to promote equality between men and women . This work brings the agenda these determinants and indicators pointing in the XXI century depression is increasingly a social phenomenon and this points not necessarily only for matters of subjective and individual structures of women but by that affective and social conditions in which they are held are shaping these rising indicators of depressive processes.

**Keywords: gender and mental health, gender and health**

**1 . Introdução**

**“A loucura, objeto dos meus estu­dos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que seja um conti­nente” (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 29).**

Amarante e Torres (2010) afirmam que a perspicácia de Machado de Assis, atento aos fenômenos sociais, aponta para o processo de medicalização inerente ao campo da loucura e distúrbios mentais e do poder ‘despótico’ que contém o saber psiquiátrico. Um vereador (personagem de *O Alienista*), referindo-se a esse poder desmedido e a essa atitude que vê doenças em tudo e em todos (e que também poderia produzir as doenças), questiona: “Quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”. (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 40).

Amarante e Torres (2010) analisam também como a medicina se desenvolvia no final do século XVIII, quando o foco era a centralização da medicalização, e os hospitais se tornavam laboratórios para uma nova forma do saber médico.

Assim o comportamento diferenciado de alguns, as atitudes exóticas, o falar sozinho ou com os deuses ou demônios, deve ter levantado hipóteses (e ainda levantam), muito variadas, de fatalidades a possessões e divindades. Por isso, o entendimento de tais fatos foi explica­do predominantemente por causas sobrenaturais, mágicas, místicas e religiosas. Em outros momentos, surgiram teorias médicas de origens diversas, que associavam tais experiências aos elementos da natureza, aos vapores e humores, aos miasmas e assim por diante. Após a descrição da paralisia geral progressiva (neurosífilis) por Bayle, em 1822, os defensores da causalidade orgânica dos transtornos mentais encontraram motivos para supor que para to­das as enfermidades mentais seria possível encontrar um substrato orgânico. (AMARANTE E TORRES:2010, )

E o procuram até hoje. Bem como buscam a “razão”...

Pois para estes autores a inclusão de variáveis morais e intelectuais na determinação dos distúrbios mentais reve­la um campo complexo, no qual a dificuldade de se determinar os fatores, ou a inter-relação de fatores sociais, culturais, físicos, genéticos, espirituais e ideológicos, inaugura ou consolida um debate que permanece ainda hoje.

Os ditos marginais da sociedade- os sub-humanos, os loucos, os marginais sempre não tiveram e continuam não tendo “DIREITOS”. O acesso ou não a direitos e cidadania têm relação com a diversidade e assimetrias que criam desigualdades de gênero, raça, classe, etnia, orientação sexual etc....

Refletimos na singularidade de cada ser humano, que pode hoje estar vivendo sem terra, sem casa, sem saúde, sem educação, sem afeto... Um mundo “SEM”....

Por outro lado grupos sociais como mulheres, homossexuais, pessoas com necessidades especiais, negros, indígenas etc vem lutando, ao longo dos anos por políticas públicas em vários campos e especificamente na saúde por uma saúde diferenciada que não veja as diferenças simplesmente como patologias ou sintomas.

1. **Saúde Mental e Gênero[[1]](#footnote-1):**

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS. Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, não apenas pela sua importância numérica, mas, especialmente, porque neste campo as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres, sendo as questões de gênero um dos determinantes de saúde a ser considerado na formulação de políticas públicas. Outras variáveis como raça/etnia e situação de pobreza aprofundam ainda mais tais desigualdades e também necessitam ser consideradas na formulação, implementação e avaliação de estratégias de intervenção governamental na área.

É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta os homens e as mulheres e que alguns são mais prevalecentes em determinados grupos étnico-raciais. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus do HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados. No caso das mulheres negras, por exemplo, a literatura científica constata, ainda, a maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme.

As mulheres sob o enfoque de gênero sofrem duplamente com as consequências do sofrimento psíquico, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos ho­mens: pais, maridos, companheiros, patrões, irmãos...

Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situa­ções que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres.

Os registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), demonstram que houve uma diminuição do total das internações psiquiátricas a partir de 2001. No entanto, as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos transtornos de humor (afetivos) vêm aumentando proporcionalmente. Isto é, no ano de 2000, elas representavam 12,4% do total de internações psiquiátri­cas em mulheres, em 2001, esse percentual foi de 12,8% e, em 2002, 13,9%, mantendo-se como a 2.ª causa de internações.

Para pensarmos na articulação entre a condição de gênero e saúde mental e suas especificidades(para além dos rótulos e laudos) nos remetemos a estudiosa feminista argentina Mabel Burin (1987) afirma que,

“ a saúde mental para as mulheres é articulada com a maternidade, a sexualidade e o trabalho; que o cotidiano e as práticas sociais incidem sobre a saúde mental das mulheres como os conflitos no trabalho, relações afetivas, violência, assédio moral” etc.

No meio dessas desigualdades, de preconceitos as Mulheres freqüentam com assiduidade os serviços de saúde e em geral com "queixas vagas" que tem provocado o adoecimento. A resposta para isso por parte da atenção em saúde é a medicalização e a internação. Na Saúde Mental têm que se pensar em rede .

É necessário também intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gê­nero sejam incorporadas como referências na formação dos profissio­nais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positi­vamente nessa realidade.

Para que se possa compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.

Amarante e Torres (2010) em relação a alguns dos entraves apontados aqui, especificamente sobre o campo da saúde mental, ressaltam que as políticas para a área não devem ser reduzidas a processos de reorganização ou reorientação do modelo assistencial, assim como o conceito de reforma psiquiátrica deve ser entendido como um processo social complexo, de construção de outro lugar social para os sujeitos em sofrimento na perspectiva da integralidade do cuidado.

A realidade da situação da **saúde mental versus mulheres,** em nosso estado e município de Belém, lamentavelmente apresenta dados preocupantes, quanto se trata de garantia de efetivação das politicas públicas. Não se tem uma efetiva retaguarda para apoio e assistência às mulheres violentados em seus direitos à saúde e a saúde mental plena.

Tomamos como representativo o grande numero de mulheres perambulando pelas ruas de nossas cidades com sofrimento psíquico e/ou em decorrência de uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas; que se tornam invisíveis aos olhos das autoridades e da sociedade.

Que apoio intersetorial vem sendo dado às inúmeras mulheres vivendo nas ruas do Estado do Pará e cidade de Belém? A saúde mental na cidade de Belém além de ter gênero (as mulheres se encontram mais fragilizadas) também têm uma especificidade de raça e etnia. Uma boa parte das mulheres com sofrimento psíquico é negra. Assim desigualdades sociais se agudizam e se manifestam em discriminações que são mais acentuadas no caso de populações negras, e com sofrimento mental ou decorrente de uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas, que se encontra presente na cultura e prática dos serviços públicos.

Constamos AINDA que mais ou menos 98% das pessoas que fazem a saúde mental em nosso estado e município de Belém, **são Mulheres, Trabalhadoras do SUS**. Este SUS que na mais recente pesquisa feita pelo IDESUS emplacou o lugar de PIOR SUS DO BRASIL (Pará) e penúltima cidade (Belém). UMA VERGONHA PARA NOSSO COLOSSAL ESTADO DO PARÁ E PARA A CIDADE DE BELÉM.

Esses são desafios que passam pela nossa NOSSA ÉTICA como seres individuais e coletivos na sociedade e pela responsabilidade como formadores, sociedade civil , profissionais e gestores. Não devemos meter a colher?

**Referências Bibliográficas:**

Amarante. , P. Torres., E.H.G. *Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas* In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes , 2010.

Berlinguer., G. *A doença*. São Paulo: Cebes;Hucitec, 1988.

Boock. , A. *Orientação Sexual: um avanço na regulamentação da psicologia* In: Jornal da Rede Feminista de Saúde - nº 24- São Paulo: RedeSaúde, Dezembro de 2010.

Bousquet. , J.P. *Las Locas de la Plaza de Mayo.* Buenos Aires: El Cid, 1983.

BURIN, M. *Estudios Sobre La Subjetividad Femenina – Mujeres Y Salud Mental*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano / Colección Controversia, 1987.

Machado de Assis, J.M. O alienista. In: Machado de Assis, J.M. *Papéis avulsos*. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Garnier, 1989.

Porter. , R. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

1. Documento apoiado integralmente no documento - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [↑](#footnote-ref-1)