



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS**

VICTORIA HELLEN FEITOZA LUZ

**DIFERENCIAIS DE GÊNERO NO ADOECIMENTO MENTAL DA POPULAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

**SÃO CRISTÓVÃO – SE
2022**

VICTORIA HELLEN FEITOZA LUZ

**DIFERENCIAIS DE GÊNERO NO ADOECIMENTO MENTAL DA POPULAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Santana Cruz.

**SÃO CRISTÓVÃO – SE
2022**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

L979d Luz, Victoria Hellen Feitoza
Diferenciais de gênero no adoecimento mental da população do município de Aracaju/SE / Victoria Hellen Feitoza Luz ; orientadora Maria Helena Santana Cruz. – São Cristóvão, SE, 2022.
104 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2022.

1. Política de saúde mental. 2. Saúde mental – Aracaju (SE). 3. Mulheres - Saúde mental. 4. Doenças mentais - Aracaju (SE). 5. Serviço social. I. Cruz, Maria Helena Santana, orient. II. Título.

CDU 364.2:616.89-055.2(813.7)

VICTORIA HELLEN FEITOZA LUZ

**DIFERENCIAIS DE GÊNERO NO ADOECIMENTO MENTAL DA POPULAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Movimentos Sociais e Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Santana Cruz.

Aprovada em: 31/08/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Santana Cruz
(Presidente – Orientadora – PROSS/UFS)

Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges
(Examinadora Externa – UFBA)

Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos
(Examinadora Interna – PROSS/UFS)

Prof.^a Dra. Silmere Alves Santos
(Examinadora Interna-Suplente – PROSS/UFS)

Dedico este trabalho a pessoa que eu fui um dia.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a mim pela resiliência durante o percurso da pós-graduação em período pandêmico e não ter desistido de concluir essa etapa acadêmica mesmo diante de tantas transformações externas e internas que afetaram direta e indiretamente a minha capacidade de produzir.

À minha orientadora Maria Helena por acreditar em mim e no objeto que essa temática poderia trazer não somente para o ambiente acadêmico mas para conhecimento da sociedade. Enquanto estudante da Universidade Federal de Sergipe (UFS) apenas a conhecia por meio de outras pessoas: colegas de trabalho, alunos e orientandos. Essas pessoas sempre discorriam elogios sobre como Helena é um ser humano único e juntas nessa trajetória de mestrado, pude conhecer e reconhecer tudo que já haviam me dito. Obrigada por ser compreensiva com relação às minhas questões e limitações e me apresentar outros caminhos de conhecimento e de vida.

Às minhas amigas Edênia e Mayara pelo carinho e incentivo em toda trajetória acadêmica na UFS.

À professora Catarina Nascimento por todo apoio e afinidade desde o momento que nos conhecemos na graduação de Serviço Social.

Ao meu terapeuta Gutiere por estar comigo desde o início do mestrado em todos os processos que vivenciei nesse percurso. Obrigada por acreditar e incentivar minha capacidade intelectual.

Aos meus amigos de longa data Amélia, Maysa, Rayane e João por todo apoio durante esses anos, mas principalmente nos tempos em que estive ausente fisicamente. A paciência, compreensão e amizade de vocês me fortalece enquanto pessoa.

Às mulheres incríveis que compõem minha banca: Vânia, Silmere e Lusitânica. Obrigada pelo carinho e compreensão ao analisar meu trabalho e por apresentarem contribuições extremamente assertivas para melhoria da pesquisa e para o meu crescimento pessoal enquanto pesquisadora acadêmica.

*“[...] Todo mundo tem um pouco de loucura
[...] Felizmente, eu nunca convivi com pessoas
ajuizadas”.*

(Nise da Silveira)

RESUMO

A presente pesquisa com base em abordagens teóricas da epistemologia feminista e gênero, teve como **objetivo geral**, escopo e finalidade, analisar as determinações sociais que versam sobre o processo de adoecimento mental de mulheres no município de Aracaju/SE. Os **objetivos específicos** foram: Mapear a produção do conhecimento sobre gênero e saúde mental dos cursos de pós-graduação em Serviço Social no Brasil; Identificar a inserção da perspectiva de gênero na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Municipal de Saúde Mental de Aracaju; e Caracterizar os diferenciais de gênero nos tipos de transtornos mentais mais incidentes nos serviços de saúde mental ofertados em Aracaju. A metodologia adotada de natureza qualitativa não desconsidera dimensões quantitativas, consultando-se várias fontes de informação: *a bibliografia pertinente* sobre o tema pesquisado; o *‘estado da arte e do conhecimento’* por meio de produções acadêmicas do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Banco de Teses e Dissertações dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil, no marco temporal de 2014-2019; *documentos* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente ao período 2017-2020; *documentos referentes* à Política de Saúde Mental em nível Nacional e da Política de Saúde Mental Municipal de Aracaju (legislações, relatórios, notícias e conteúdos sobre a operacionalização dessa política e incorporação das perspectivas de gênero. Para caracterização da população adoecida, os dados documentais foram desagregados por sexo, raça/cor, faixa etária, tipos de transtornos mentais e comportamentais. A metodologia de análise de conteúdo com base em um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos orientou o processo de análise de dados. Nesta direção, o contexto da COVID-19, considerado uma emergência de saúde pública, está presente no conteúdo das análises propostas, permitindo inferir que as pessoas do gênero feminino em situação de vulnerabilidade são mais afetadas em questões de saúde mental, e frequentemente respondem, com sintomas emocionais e físicos, que a depender do grau de gravidade, configuram-se no desenvolvimento de transtornos mentais. No que diz respeito aos resultados, dados relevam maior prevalência na população do gênero feminino em casos de transtornos de humor (afetivos) com 73,24% e transtornos relacionados com *stress* e somatório com 83,33%. Além disso, foram selecionadas e analisadas de maneira mais específica, teses e dissertações de Programas de Pós-Graduação que tratam das temáticas relacionadas com o objeto deste estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde Mental; Gênero e Saúde Mental; Adoecimento feminino; Condições Sociais.

ABSTRACT

The present research, based on theoretical approaches of feminist epistemology and gender, had as its general objective, scope and purpose, to analyze the social determinations that deal with the process of mental illness of women in the city of Aracaju/SE. The specific objectives were: To map the production of knowledge about gender and mental health in postgraduate courses in Social Work in Brazil; To identify the insertion of the gender perspective in the National Mental Health Policy and in the Municipal Mental Health Policy of Aracaju; e Characterize the gender differentials in the types of mental disorders most incident in the mental health services offered in Aracaju. The qualitative methodology adopted does not disregard quantitative dimensions, consulting several sources of information: the relevant bibliography on the researched topic; the 'state of the art and knowledge' through academic productions on the portal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), Bank of Theses and Dissertations of Postgraduate Programs in Social Work in Brazil, in the time frame of 2014-2019; documents from the Department of Informatics of the SUS (DATASUS) for the period 2017-2020; documents referring to the Mental Health Policy at the National level and the Municipal Mental Health Policy of Aracaju (legislations, reports, news and content on the operationalization of this policy and incorporation of gender perspectives. To characterize the sick population, the documentary data were disaggregated by sex, race/color, age group, types of mental and behavioral disorders. The content analysis methodology based on a set of systematic techniques and procedures guided the data analysis process. In this direction, the context of COVID-19, considered a public health emergency, will be present in the content of the proposed analyses, allowing us to infer that women in situations of vulnerability are more affected in mental health issues, and often respond, with emotional and physical symptoms, which, depending on the degree of severity, are configured in the development of mental disorders. With regard to the results, data reveal a higher prevalence in the female population in cases of mood disorders (affective) with 73,24% and disorders related to stress and sum with 83,33%. In addition, theses and dissertations from Graduate Programs that deal with themes related to the object of this study were selected and analyzed more specifically.

KEY WORDS: Mental Health Policy; Gender Mental Health and; Female illness; Social Conditions.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1– AIH APROVADAS POR RAÇA/COR E ANO DE PROCESSAMENTO – SEXO FEMININO.....	74
TABELA 2 – AIH APROVADAS POR RAÇA/COR E ANO DE PROCESSAMENTO – SEXO MASCULINO	75
TABELA 3 – AIH APROVADAS POR FAIXA ETÁRIA 1 E ANO DE PROCESSAMENTO – SEXO FEMININO.....	77
TABELA 4 – AIH APROVADAS POR FAIXA ETÁRIA 1 E ANO DE PROCESSAMENTO – SEXO MASCULINO.....	77
TABELA 5 - LISTA MORB CID-10: ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E DELIRANTES	80
TABELA 6 - LISTA MORB CID-10: OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.....	83
TABELA 7 - LISTA MORB CID-10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO USO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS..	85
TABELA 8 - LISTA MORB CID-10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO USO DE ÁLCOOL	87
TABELA 9 - LISTA MORB CID-10: TRANSTORNOS DE HUMOR [AFETIVOS].....	90
TABELA 10 - LISTA MORB CID-10: TRANSTORNOS NEURÓTICOS E RELACIONADOS COM STRESS E SOMATÓRIO	91

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- PRODUÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL QUE APRESENTAM RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL	58
QUADRO 2 - TESES E DISSERTAÇÕES NO SERVIÇO SOCIAL RELACIONADAS AO TEMA SAÚDE MENTAL.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAPS	Estratégia Atenção Psicossocial
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HC	Hospital de Custódia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LND	Levantamento Nacional Sobre O Uso De Drogas Pela População Brasileira
MEC	Ministério da Educação
MPC	Modo de Produção Capitalista
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica De São Paulo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REAPS	Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Transtornos Mentais Comuns
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFS	Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	26
2.1 SAÚDE MENTAL: ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	26
2.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	28
2.3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL À NÍVEL NACIONAL E MUNICIPAL: FACETAS DE OPERACIONALIZAÇÃO.....	38
3 SEXO E GÊNERO: DIFERENÇAS RELACIONADAS AOS ASPECTOS DE SAÚDE E DOENÇA.....	42
3.1 GÊNERO E INTERSECCIONALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS: ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	42
3.2 CORRELAÇÃO ENTRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL: ELEMENTOS PARA O DEBATE	48
3.3 A CONJUNTURA ATUAL: SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA DA COVID-19	51
4 O ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL NO CAMPO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO.....	57
4.1 PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO PORTAL CAPES RELACIONADAS AO TEMA SAÚDE MENTAL 2014-2019.....	57
4.2 PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO PORTAL CAPES RELACIONADAS AO TEMA SAÚDE MENTAL 2017-2020.....	64
5 ADOECIMENTO MENTAL DA POPULAÇÃO NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.....	73
5.1 RAÇA/COR.....	74
5.2 FAIXA ETÁRIA.....	76
5.3 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E DELIRANTES	79
5.4 OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	82
5.5 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	84
5.6 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL.....	86

5.7 TRANSTORNOS DE HUMOR [AFETIVOS]	88
5.8 TRANSTORNOS NEURÓTICOS E RELACIONADOS COM STRESS E SOMATÓRIO	91
6 APRECIÇÕES CONCLUSIVAS	93
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE	103

1 INTRODUÇÃO

A importância em trabalhar e estudar a saúde mental da mulher a partir de uma perspectiva de gênero está baseada no entendimento das condições sociais, culturais e econômicas que impactam diretamente nas implicações dos transtornos mentais. Ademais, a sociedade machista e patriarcal reforça essas condições mencionadas a partir das desigualdades de gênero, uma vez que, impõe à mulher a condição de inferioridade e subordinação (BRASIL, 2004a).

A correlação entre gênero e saúde mental requer inicialmente, uma contextualização acerca dos elementos que envolvem a vida das mulheres, a partir da compreensão das estruturas sociais que o Estado oferece, bem como o reconhecimento das múltiplas jornadas de trabalho e responsabilidades atribuídas as mulheres na sociedade. Além disso, pode-se elencar também, a desigualdade nos salários entre mulheres e homens que desempenham a mesma função; violência doméstica e intrafamiliar; questões de raça, classe, etnia, orientação sexual e faixa etária. Esses fatores, em algumas situações, tornam-se contribuintes para o adoecimento mental das mulheres (BRASIL, 2004a).

Cabe assinalar a necessidade de intervenções no modelo de saúde mental atual em relação às mulheres, com vistas a proporcionar mais efetividade na incorporação das questões de gênero, como parâmetros inseridos na formação profissional daqueles que venham a atender essa demanda específica em seus espaços sócio-ocupacionais. Dessa forma, para ofertar um atendimento qualificado e condizente com as necessidades das mulheres com transtornos mentais que buscam os serviços, se faz necessário compreender como as condições de saúde mental dessas usuárias está relacionada com as questões de gênero e as demais condições sociais (BRASIL, 2004a).

Sabe-se que a Política de Saúde Mental após processo de sua efetivação, sofre ameaças de desmonte da sua rede constitutiva a partir de medidas e ações impostas por determinadas gestões em período de governo. No Governo Temer houveram diversos ataques direto a esta política, a exemplo da privatização de alguns serviços como dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no país, ato que gera rebatimentos na oferta de serviços de saúde mental aos usuários dessa demanda, principalmente no que se refere a continuidade do seu tratamento.

Não obstante, constata-se durante a gestão do Governo Bolsonaro (2019-2022) inúmeros ataques a esta política em plena vigência da pandemia mundial da COVID-19 (também conhecido como Coronavírus). Fora anunciado a possibilidade de revogar o quantitativo de 99 portarias referentes a regulamentação do tratamento ofertado às pessoas com

transtornos mentais e dependência química. Basicamente essas medidas acarretariam no aumento dos investimentos para hospitais psiquiátricos (algo totalmente contra as lutas históricas travadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial composto por profissionais da saúde, sociedade civil e também com participação de alguns usuários) em detrimento da diminuição dos investimentos direcionados aos CAPS.

O interesse em estudar tal temática surgiu, inicialmente, a partir da inquietação despertada na academia durante a aproximação com a temática de saúde mental, mediante experiência enquanto pesquisadora voluntária no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, em estudo acerca da saúde mental, e posteriormente na pesquisa iniciada no Trabalho de Conclusão de Curso, que proporcionou uma aproximação maior com a temática de gênero.

Optou-se por direcionar os esforços da presente pesquisa em incorporar abordagens teóricas da epistemologia feminista e de gênero para análise do processo saúde-doença de mulheres, no contexto de transformações pelo qual vem passando o campo de saúde mental desde a década de oitenta. A abordagem se desenvolve a partir “[...] da reforma psiquiátrica, que defende práticas inovadoras de assistência extra-hospitalar visando à inclusão do sujeito [...] em sofrimento psíquico¹ [...] no cenário da sociedade, de oferta de serviços a estes sujeitos tem passado por grandes modificações que, de modo reflexivo, têm contribuído para a construção de um novo olhar sobre o sofrimento mental [...]” (SANTOS, 2009, p. 1179).

As questões norteadoras perguntam como os determinantes sociais incidem no adoecimento das mulheres? Como o papel atribuído socialmente ao gênero feminino se articula com os processos de saúde e doença nos quais se insere o adoecimento mental?

Nesta direção esta pesquisa tem como objetivo geral, escopo e finalidade as determinações sociais que versam sobre o processo de adoecimento mental de mulheres no município de Aracaju/SE. Os objetivos específicos são: Mapear a produção do conhecimento sobre gênero e saúde mental dos cursos de pós-graduação em Serviço Social no Brasil; Identificar a inserção da perspectiva de gênero na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Municipal de Saúde Mental de Aracaju; e Caracterizar diferenciais de gênero nos tipos de transtornos mentais mais incidentes nos serviços de saúde mental ofertados em Aracaju.

¹ Ressaltamos que os termos adoecimento mental e sofrimento psíquico vão de encontro com as perspectivas que abordamos e defendemos não somente neste trabalho, mas em âmbito profissional. Apesar de alguns textos utilizados para leitura e composição da revisão de literatura apresentarem terminologias como “doente mental”, “portador de doença mental” (termos esses não mais utilizados), reforçamos a posição em substituir e evitar utilizar tais termos.

A pretensão é tornar visível a dimensão da vulnerabilidade social e econômica que a população feminina apresenta neste contexto em fases da vida, considerando a complexidade da pandemia e a multiplicidade dos processos e impactos envolvidos. Esperamos agregar novos conhecimentos para a compreensão do entrelaçamento das questões de saúde mental com as relações de gênero bem como o papel configurador e constitutivo posto pelas determinações sociais nas condições que permeiam o adoecimento mental de mulheres. A relevância acadêmica da abordagem da saúde mental e gênero demarca como se manifestam particularmente na vida dessas mulheres, tanto o patriarcado como a pobreza. Existem muitos estudos sobre patriarcado e pobreza, mas poucos deles abordam os impactos do patriarcado e da pobreza na vida cotidiana das mulheres. Dessa forma, a pesquisa contribui com a academia a partir dos resultados apresentados que evidenciam como o patriarcado e a pobreza se particularizam na vida das mulheres sergipanas possibilitando subsidiar futuros estudos referentes à temática.

Nesta direção, a reflexão sobre o adoecimento mental de mulheres está voltada para discussão das características das políticas públicas e suas relações com expressões de gênero, opressão, machismo, trabalho e relações sociais. Esse conjunto de expressões possibilita pensar as determinações sociais que apresentam rebatimentos no adoecimento de mulheres. É importante ressaltar que, a partir da metodologia adotada neste trabalho, de analisar as questões de adoecimento mental feminino a partir de uma perspectiva de gênero, não podemos perder de vista tal constatação

Na área de saúde o conceito de gênero retém algumas das características de sentido que a palavra tem tanto na biologia quanto na gramática. Assim, ele é utilizado para marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, mas, principalmente, para enfocar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009, p. 73).

A hipótese orientadora deste estudo, propõe considerar sexo e gênero na Política de Saúde Mental, no entendimento da ‘doença’ e afirma que o gênero pode afetar vários aspectos, incluindo a prevalência dos transtornos mentais, a maneira como os sintomas se expressam no curso da doença, na busca de tratamento e na melhora do(a) paciente. Infere-se que a relação entre os marcadores raça, classe, gênero, geração e orientação sexual, em outros, contribuem para estruturar o preconceito, podendo influir na subjetividade moral, e interferir nos diagnósticos, classificações, particularmente no campo da psiquiatria. Por isso mesmo é

possível considerar que a forma que essas relações tomam em um determinado contexto é sempre histórica, social, e culturalmente específica: não pode nunca ser deduzida de como se expressam em outros contextos. Isso implica sempre na necessidade de análises substantivas, baseadas na investigação empírica.

A perspectiva adotada visa explorar, “[...] a experiência do adoecer psíquico de mulheres e homens a partir da abordagem de gênero” [...]. (SANTOS, 2009, p. 1178). Acresce que, concordamos com o pensamento dessa autora ao apresentar que

a experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social (SANTOS, 2009, p. 1178).

Para alcançar nossos objetivos, a metodologia qualitativa adotada possibilitou flexibilizar ou alterar os procedimentos no decorrer do processo investigativo, como uma das etapas do processo compartilhado de reflexão e engajamento adotados. Entende-se que esse dinamismo e o caráter de construção do método e metodologia e portanto, são importantes

[...] para conhecer realmente um objeto é preciso estudá-lo em todos os seus aspectos, em todas as suas relações e conexões. Fica claro também que a dialética é contrária a todo conhecimento rígido. Tudo é visto em constante mudança: sempre há algo que nasce e se desenvolve e algo que se desagrega e se transforma (GIL, 2008, p. 31 – 32).

Isto posto, orientou a análise dos dados coletados e a discussão dos mesmos, a partir da revisão bibliográfica. Tendo em vista qualificar esta pesquisa, a mesma referencia-se no método materialista histórico-dialético. O método determina uma perspectiva para o sujeito pesquisador diante do seu objeto de pesquisa, que se trata da possibilidade de extrair do seu objeto suas determinações diversas. Em outras palavras, fornece a orientação de um caminho a ser percorrido para chegar a um conjunto de resultados teóricos que pretendem reproduzir tanto a natureza, do ponto de vista de encontrar a essência das coisas, quanto reproduzir o movimento desse objeto. Nesse sentido, a característica da dialética trata-se de uma propriedade da realidade social concreta (NETTO, 2011).

Frente a isso, Souza (2014, p. 17) considera que “[...] A maior contribuição da tradição marxista foi o desenvolvimento de sua perspectiva teórico-metodológica, permitindo extrair

dos fatos objetivados na vida social os processos que os originam e que os tornam totalidades concretas. Assim, compreende-se que o materialismo histórico possibilita “[...] buscar as explicações acerca da superação de algumas de suas próprias análises, já que este compreende a história como detentora de movimento.”

Não obstante,

[...] se uma análise é feita num dado momento histórico, num momento diferente, por conta de seu movimento, a história demandará novas análises que apreendam suas novas determinações. Aqui é preciso esclarecer por que afirmamos que as(os) marxistas foram pioneiras(os) na percepção do fenômeno do gênero, já que o fenômeno era tratado como ‘questão da mulher’ (SOUZA, 2014, p. 17).

Ademais, se faz necessário considerar que “[...] o fenômeno do gênero, no período histórico em que foi apreendido pelos(as) marxistas (final do século XIX e início do século XX), ainda não havia se manifestado em toda a sua complexidade, em parte pela ainda parca organização política das mulheres [...]” (SOUZA, 2014, p. 17).

Concordamos com o pensamento de que

o método materialista é o mais adequado para apreender o gênero, por desenvolver um movimento que, utilizando-se da totalidade e da história, desfetichiza e desnaturaliza os fenômenos sociais. A partir da perspectiva marxista, é possível compreender o gênero como uma categoria que designa o conjunto de fenômenos que expressam um padrão específico de relações existentes entre mulheres e homens, mulheres e mulheres e homens e homens [...] (SOUZA, 2014, p. 19)

De acordo com Iamamoto (1998, p. 20), entre os desafios vividos pelas(os) assistentes sociais, está o desenvolvimento de sua capacidade de “[...] decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano”. Para se decifrar a realidade de maneira abrangente, a utilização do potencial analítico que o gênero oferece mostra-se fundamental.

As categorias de análise de Marx são extraídas do objeto de estudo, a sociedade burguesa, e pode-se citar enquanto exemplo da totalidade, contradição e mediação. Logo, proporcionam a base de compreensão estrutural da sociedade burguesa, pois relevam as relações existentes em seu âmbito. Ademais, essas categorias são objetivas e fazem parte do real, o que caracteriza sua dimensão ontológica. A partir da capacidade intelectual, o sujeito pesquisador realiza a reprodução destas categorias de maneira teórica, ou seja, refere-se à dimensão reflexiva (NETTO, 2011).

Diante disso, as categorias exprimem o reconhecimento de que não há uma racionalidade somente subjetiva; não há organização metodológica em termos de um passo a passo de regras ou de enquadramento que indique uma ordem específica. Portanto, as categorias são determinações que constituem o objeto de pesquisa e, a partir disso, dependem do ângulo através do qual será pesquisado o objeto, pois sua natureza é determinante para o sentido das categorias (NETTO, 2011).

A sociedade burguesa enquanto objeto de estudo, é compreendida enquanto totalidade concreta de dimensão universal, cujas relações mais amplas contextualizam as realidades mais particulares e singulares. Além disso, essa totalidade também é dinâmica e por esse aspecto, está sempre em constante movimento; as relações existentes no âmbito dessas totalidades possuem mediações tanto por suas complexidades quanto pelas particularidades inerentes destas totalidades (NETTO, 2011).

Em consonância com os objetivos e objeto da pesquisa metodologia de natureza qualitativa do tipo Estado da Arte mostrou-se aderente para mapear a produção do conhecimento sobre os *“Diferenciais de gênero no adoecimento mental da população do município de Aracaju/SE”*. Conforme Romanowski e Ens (2006) constata-se que

os estados da arte podem significar uma contribuição importante na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento, pois procuram identificar os aportes significativos da construção da teoria e prática pedagógica, apontar as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa, as suas lacunas de disseminação, identificar experiências inovadoras investigadas que apontem alternativas de solução para os problemas da prática e reconhecer as contribuições da pesquisa na constituição de propostas na área focalizada (ROMANOWSKI; ENS, 2006, p. 39).

Nesse estudo foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental, a partir do entendimento de que

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa (GIL, 2002, p. 45).

Nessa pesquisa, foram consideradas as dimensões qualitativa e quantitativa do objeto, isto porque, “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos [...] se complementam, pois, a

realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO; DESLANDES; NETO; GOMES, 1997). Ao utilizar dados secundários, se faz necessário a construção de reflexões críticas acerca dos contextos sociais e históricos que permeiam a sua formulação.

Cabe ressaltar com relação as análises quali e quantitativas, os autores Capelle, Melo e Gonçalves (2003, p. 5) a partir dos pensamentos de Bardin e Minayo apontam que

as análises quantitativas preocupam-se com a frequência com que surgem determinados elementos nas comunicações, preocupando-se mais com o desenvolvimento de novas formas de procedimento para mensurar as significações identificadas. Por outro lado, os enfoques qualitativos voltam sua atenção para a presença ou para a ausência de uma característica, ou conjunto de características, nas mensagens analisadas, na busca de ultrapassar o alcance meramente descritivo das técnicas quantitativas para atingir interpretações mais profundas com base na inferência.

Em relação à pesquisa bibliográfica, esta caracteriza-se como o tipo de pesquisa qualitativa mais habitual em trabalhos acadêmicos. Ainda que esta pesquisa não seja tão somente bibliográfica, a mesma também se caracteriza como tal, visto que se desenvolveu com base em materiais anteriormente elaborados a respeito do objeto, a exemplo de artigos científicos, dissertações, monografias, teses e livros sobre o tema do adoecimento mental de mulheres. Portanto,

A revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Aquela envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia (revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos, etc.) relacionada com a sua área de estudo; é, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (BENTO, 2012, p. 1).

Acresce que, a revisão bibliográfica também versou sobre os conceitos que serão extraídos a partir das aproximações com o objeto, a saber, relações de gênero, saúde mental, adoecimento mental feminino, política pública, interseccionalidade².

No que diz respeito à pesquisa documental, serão consultadas as seguintes fontes documentais:

² O conceito foi abordado no item 3.1: GÊNERO E INTERSECCIONALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS: ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

A – Consulta ao Banco de Teses e dissertações dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social de 2014-2019 ³para mapear o estado do conhecimento produzido sobre o entrelaçamento dos temas de gênero e Saúde Mental, no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Além disso, foi realizada pesquisa de produções acadêmicas referentes aos temas supracitadas, separadamente. Para esse universo, foi utilizado o recorte temporal de 2017-2020.

Essa consulta possibilitou a delimitação do marco temporal do ‘estado do conhecimento’, uma vez que o levantamento será efetuado em um “setor das publicações”, no caso específico desta pesquisa.

Provavelmente a fonte mais utilizada, aqui no Brasil, para a elaboração do estado da arte seja o Catálogo de Teses e Dissertações da Capes. A opção de realizar esta pesquisa na CAPES se justifica pelo fato de que é uma Fundação do Ministério da Educação (MEC) agrega a produção científica dos programas de Pós-Graduação das universidades públicas e privadas do Brasil, sendo os seus arquivos o local mais indicado para esta coleta de dados.

Na coleta foram aplicados os critérios de busca que o referido Banco de Dados direciona no intuito de refinar os resultados obtidos, a saber: tipo de trabalho (dissertação e tese); Ano do trabalho; Grande área de conhecimento (Ciências Sociais Aplicadas); Área de conhecimento/de Avaliação e de Concentração (Serviço Social). Foram utilizadas palavras-chaves na busca dos documentos, para sistematização dos resultados em um quadro com informações sobre: tipo de documento, programa, autor, ano, temas abordados no título e objetivo.

B – Consulta a Documentos relacionados à Política de Saúde Mental à nível Nacional da Política de Saúde Mental Municipal de Aracaju, legislações, relatórios, *sites*, notícias, cartilhas. Sobre essa modalidade, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 5) baseados nas reflexões de Figueiredo, compreendem que “esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo como interesse do pesquisador.”

C – Consulta aos arquivos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) enquanto fonte de dados secundários, referente ao período 2017 a 2020. A consulta aos dados disponíveis na plataforma foi realizada no período de maio/2021 a outubro/2021 a partir da escolha da categoria morbidade hospitalar do SUS por local de residência – Sergipe a partir de

³ Inicialmente foi escolhido o marco temporal de 2017-2020 para pesquisa no Banco CAPES e DATASUS. No entanto, no decorrer da busca por produções acadêmicas que tratam da relação gênero e saúde mental, foi necessário adaptar esse recorte devido a própria dinâmica de pesquisa da CAPES para obter resultados dos trabalhos apresentados na pesquisa em tela. Sendo assim, para este contexto, modificamos para 2014-2019. No mais, o capítulo 3 trata de maneira minuciosa tal percurso.

2008 no município de Aracaju. Essa pesquisa nesse banco de dados foi direcionada a partir da utilização de variáveis como faixa etária, sexo, raça/cor, tipos de transtornos mentais e comportamentais. No entanto, cabe sinalizar que buscamos outras fontes de dados abertos disponíveis que oferecem informações necessárias para complementação das análises propostas da pesquisa em tela, a saber, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira – III LNUD e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

Em relação ao recorte temporal, compreende-se a partir da perspectiva de totalidade, as contradições e conflitos que versam a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental assim como as tentativas de deslegitimação e retrocesso ao longo de alguns governos. Destacam-se os ataques severos a partir do Governo Temer e da continuidade dos mesmos no atual Governo Bolsonaro. Será considerado, também, as questões da operacionalização da política em tempos de pandemia, com o surgimento de uma nova doença provocada por um vírus do tipo coronavírus (COVID-19), considerada uma emergência de saúde pública de interesse internacional, com alto risco de contaminação em outros países ao redor do mundo.

Diante o exposto, cabe enfatizar ainda que

Analisar os documentos significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade, implica o exame sistemático de elementos; portanto, é decompor um todo em suas partes, a fim de poder efetuar um estudo mais completo, encontrando o elemento-chave do autor, determinar as relações que prevalecem nas partes constitutivas, compreendendo a maneira pela qual estão organizadas, e estruturar as ideias de maneira hierárquica” (LAKATOS; MARCONI 2003, p. 27-28).

Nesta direção, após a coleta de dados, foi efetuada a sistematização a partir da tabulação e cálculos estatísticos elaborados com o auxílio do recurso do Programa Excel. Posteriormente, foi iniciado o processo de análise dos mesmos mediante a análise de conteúdo.

A contribuição de Laurence Bardin (2009, p. 31) possui uma ancoragem consistente no rigor metodológico, organização propícia à compreensão aprofundada do método e, ao mesmo tempo em que traz aos pesquisadores um caminho multifacetado que caracteriza a Análise de Conteúdo como um método que, historicamente e cotidianamente, produz sentidos e significados na diversidade da amostragem documental presente no mundo acadêmico.

O processo de análise de conteúdo dos dados conforme Bardin (1997, p. 42, *grifos do autor*) é entendido como “um conjunto de técnicas da análise de comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens,

indicadores [...]. Diante disso, possui fases que estão organizadas no que a autora determina de três polos cronológicos, quais sejam: “[...] a pré-análise; a exploração do material; e, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 1997, p. 95). A técnica de análise de conteúdo permite subsidiar a análise dos documentos, na compreensão do sentido dado à norma, na descrição objetiva, sistemática dos conteúdos manifestos de dados/fatos recolhidos na comunicação com o máximo de rigor e cientificidade acerca do tema/objeto da pesquisa. Foram estabelecidos procedimentos metodológicos a serem seguidos no processo de análise como: A caracterização de documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica. O estudo dos documentos é compreendido por etapas que vão desde a escolha e coleta dos documentos até a sua análise.

Nesse sentido, a pré-análise “[...] é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.” A exploração do material “[...] consiste [...] em operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas [...]”. Além disso, “Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, mostra-se rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1997, p. 95-101-153). Com base nas inferências dos resultados, será provável confirmar ou negar a hipótese levantada inicialmente e realizar a discussão dos resultados, com base na revisão bibliográfica.

Para fins de organização, o trabalho está sistematizado em três capítulos:

O **primeiro capítulo** apresenta a contextualização da saúde mental e reforça psiquiátrica brasileira, além da Política de Saúde Mental à nível Nacional e Municipal.

O **segundo capítulo** aborda questões sobre sexo e gênero e as diferenças relacionadas aos aspectos de saúde doença. Para tanto, se faz necessário percorrer a reflexão sobre discussões acerca do conceito de gênero, a sua correlação com a saúde mental. Além disso, aborda também a conjuntura atual do mundo, ao tratar da pandemia de COVID-19 e seus rebatimentos nos mais diversos âmbitos da vida social.

O **terceiro capítulo** traz o estado do conhecimento sobre gênero e saúde mental no campo do Serviço Social. Assim, apresenta os resultados de pesquisas realizadas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES referente ao período 2014-2019 para produções que tratam de saúde mental e gênero correlacionados e apresentam dados referentes às produções de saúde mental e gênero, individualmente.

O **quarto capítulo** apresenta os dados fornecidos pelo Departamento de Informática do

SUS (DATASUS) a partir das variáveis referentes ao capítulo CID-10 transtornos mentais e comportamentais, raça/cor, faixa etária por sexo.

As **apreciações conclusivas** apresentam o caminho percorrido para construção dessa pesquisa assim como as reflexões construídas e ampliadas conforme as aproximações com o objeto proposto. Além disso, também traz as reflexões para as respostas dos objetivos geral e específicos propostos bem como o contexto do adoecimento mental por gênero no município de Aracaju/SE.

2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2.1 SAÚDE MENTAL: ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A loucura passa a ganhar maior visibilidade entre os séculos XVII e XVIII. Com isso, nessa época, acontecia a exclusão social do portador de transtorno mental, mendigos, prostitutas e desvalidos. No século XVIII e XIX temos os primeiros estudos do chamado “Pai da Psiquiatria”, Phillipe Pinel, pois em seus trabalhos, já sinalizava as formas desumanas de cuidado com aquelas pessoas que eram marginalizadas devido à sua condição de saúde mental. Vale ressaltar que, até o séc. XX essa forma de exclusão era realizada de maneira explícita entre a sociedade (AMARANTE, 1995).

Assim, “A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental, todo aquele comportamento inadaptável aos limites da sociedade burguesa” (TUNDIS, 1997, p. 12).

Em 1923, apresenta-se uma nova perspectiva acerca da Saúde Mental, mediante a ruptura com conceitos e práticas morais antigos. Nos anos de 1940, a partir da Política Nacional de Saúde, tem-se o início dessa efetivação de ruptura, com a reorganização do departamento Nacional de Saúde, em continuidade no ano de 1941, para o controle de endemias e formação de profissionais técnicos em saúde. Cabe assinalar que, nesse contexto, a presença da Igreja Católica enquanto instituição, possuiu papel significativo no processo de institucionalização dos hospícios. Ainda na década de 1940, com o crescimento dos movimentos de lutas contra os tratamentos utilizando torturas nos pacientes com transtornos mentais, os hospitais psiquiátricos do Estado de Sergipe, a exemplo da Colônia Eronildes Carvalho e o Garcia Moreno, perderam força diante da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, 2011).

Outro ponto que precisa ser destacado, trata-se da questão do estigma. Aquelas pessoas que possuem alguma doença mental de cunho grave enfrentam duas questões, a saber, o estigma social referente a sua própria condição de adoecimento e os próprios sintomas. Ademais, constata-se que:

O estigma conduz à discriminação negativa do indivíduo com transtorno mental e conseqüentemente, a prejuízos e desvantagens como reveses frequentes, serviços de saúde ruins e dificuldade de acesso a cuidados. Pacientes estigmatizados internalizam essas visões estigmatizantes e discriminatórias das pessoas em geral, dando origem ao chamado autoestigma. Há comprometimento da autoestima, mais incapacitação e menos resistência ao

estresse. Tudo isso acarreta piora clínica e reinício do círculo vicioso (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015, p. 593).

A dimensão do estigma em relação à saúde mental apresenta rebatimentos nos âmbitos da vida social, familiar e até dos serviços de saúde ofertados. Além disso, o estigma é considerado como impedimento significativo no caminho da recuperação dos(as) usuários(as), uma vez que acarreta na piora na qualidade do atendimento e na própria qualidade de vida; cabe enfatizar que esses aspectos contribuem para o desenvolvimento do autoestigma, derivado da internalização de processos discriminatórios e preconceituosos externados e alimentados pela sociedade, nos mais diversos âmbitos da vida social.

Se faz necessário ressaltar a concretude dessa realidade, próxima de muitos(as): dados revelam que a cada quatro famílias, uma tem no mínimo um membro com doença mental (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015). Nessa direção:

De qualquer perspectiva de análise, a importância das doenças mentais é nítida. Essas doenças acarretam sofrimento pessoal e familiar, são o principal responsável pelo fardo global das doenças, isto é, pela perda de vida saudável por incapacidade ou morte precoce, e são responsáveis pelo elevado percentual dos custos das doenças não comunicáveis. O estigma envolvendo os transtornos mentais contribuiu para ofuscar esses dados até muito recentemente e deve ser combatido em benefício do portador de transtorno mental e em benefício da sociedade (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015, p. 592).

O estigma é uma “forma de construção social para indicar a marca distintiva de desgraça social. Trata-se da diferenciação negativa relacionada a alguns membros da sociedade que são afetados por alguma condição ou estado particular” (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015, p. 592). Logo, caracteriza-se por diferenciar, de maneira negativa e muitas vezes pejorativa, determinados grupos sociais por possuírem alguma particularidade. Inicialmente, se reconhece a diferença, posteriormente inferioriza-a perante as demais. Nessa perspectiva:

O estigma é o principal obstáculo para a recuperação e reabilitação, para melhor assistência psiquiátrica e melhor qualidade de vida daqueles que sofrem de transtorno mental, de seus familiares, da equipe que trata e cuida dele e da comunidade em torno do indivíduo [...] Apesar dos avanços no entendimento e tratamento das doenças psiquiátricas, há sinais de que o estigma continua a aumentar, com graves consequências para pacientes e suas famílias (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015, p. 595).

Acresce que, “[...] Estar inserido nessa cultura frequentemente acarreta a autoestigmatização por parte do indivíduo que sofre de transtorno mental”. Assim, além da

marginalização e isolamento social advinda da sociedade, a autoimagem dessas pessoas é diretamente afetada pelas trajetórias sucessivas de negações de direitos e práticas violentas de cuidado (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015, p. 591).

Diante dessa conjuntura, o combate à reprodução social do estigma e consequentemente a estimulação do autoestigma torna-se essencial não somente entre as instituições de atendimento e acolhimento, os profissionais de saúde e também as famílias dos usuários(as) da política de saúde mental.

A subseção a seguir, apresenta elementos conjunturais presentes na Reforma Psiquiátrica em território brasileiro.

2.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Considera-se que desde aproximadamente 1978, o modelo de atenção em saúde mental no Brasil vem sofrendo um redirecionamento influenciado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. No entanto, há muitos séculos a humanidade convive com a loucura, e antes desse tema se tornar médico, o “louco” habitou o imaginário popular de diversas formas, eram vistos como pessoas que conheciam a magia, outrora era motivo de piada e, muitas das vezes, “possuídos” por demônios. Desde então, as pessoas com transtornos mentais foram se tornando marginalizadas, pois não se “enquadravam” no padrão moral vigente da época. A internação era vista de forma oposta à de uma prisão, mas, a partir do momento que a loucura era assimilada à pobreza e à “vagabundagem” surgem novas significações, assim, uma pessoa que não correspondia a um padrão moral vigente da época era confinada, principalmente com a ascensão do capitalismo, a dita “boa” sociedade queria esconder os problemas que estavam surgindo com esse novo sistema organizacional (FOUCAULT, 1998).

A partir da segunda metade do século XX, os moldes da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram impulsionados a partir das visitas do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Em 1970, instituiu-se um grupo de trabalho para estudar a reformulação da assistência psiquiátrica, pela Previdência Social e com o “Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica” de 1973, criou-se o discurso preventista inspirado na psiquiatria norte-americana e francesa. Esse modelo condenava a exclusão social das pessoas com transtornos mentais e tinha como propositura reforçar a assistência ambulatorial. Deste modo, com o avanço das lutas, em 1970 foram apresentadas as primeiras denúncias contra os maus tratos em relação aos pacientes com transtornos mentais (AMARANTE, 1995; MATEUS, 2013).

Conforme Amarante (1995), depois de um longo contexto e de variados processos de contestação e de intervenção na área psiquiátrica, é apenas no ano de 1971 que o psiquiatra Franco Basaglia inicia um processo de desmonte dos manicômios, levando em consideração o contexto histórico e o novo espaço em que já se encontrava inserida a doença mental e o tema da loucura. A experiência de Basaglia teve grande influência no movimento de psiquiatria democrática, mesmo ele não participando deste movimento, propõe uma revogação na lei psiquiátrica em vigor desde 1904, o novo projeto de lei colocado em referendo inspira-se fundamentalmente em suas ideias, assim em 13 de maio de 1978, é criada a lei Basaglia na Itália (AMARANTE, 1995)

Basaglia implantou um movimento que se inicia na Itália e começa a repercutir o mundo, e muito particularmente no Brasil. Assim, inicia-se o movimento de luta – antimanicomial, que surge marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos, e do resgate de cidadania dessas pessoas que há séculos foram hostilizadas e maltratadas. Aliado a essa luta nasce o movimento da reforma psiquiátrica que começou a denunciar manicômios e instituições que faziam o uso da violência para com os(as) doentes mentais, a reforma propõe a construção de uma rede de serviços que libertem os(as) doentes mentais que garanta sua cidadania e que preserve a sua dignidade.

A luta pelos direitos dos(as) usuários(as) ganhou maior impulso na década supracitada, mediante definição de um grupamento de leis e regulamentações, com vistas a garantia da promoção à saúde e cidadania dos(as) portadores(as) de transtornos mentais. Dessa forma, intensificam-se as pressões para o Estado assumir a responsabilidade de implementar uma política de saúde para todos(as) os(as) cidadãos (ãs).

Nesse contexto, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978, logo após a grande repressão da ditadura militar no Brasil. Esse movimento tinha como bandeira de luta a ruptura com os antigos paradigmas, em busca de desinstitucionalizar os manicômios no país, bem como propor e realizar ações com o intuito de assegurar os direitos dos(as) pacientes com transtornos mentais. Além disso, esse movimento apresentou críticas e reivindicações, a exemplo do modelo autoritário das instituições e suas estruturas administrativas baseada na hierarquia e verticalização; ao modelo médico assistencial e impedimento no uso de recursos disponíveis para o tratamento das doenças mentais; a insuficiência de profissionais especializados; a falta de higiene e comodidade para os pacientes internados, entre outros (AMARANTE, 1995; MATEUS, 2013).

No mesmo ano de surgimento do MTSM, começam as primeiras movimentações da Reforma Sanitária no Brasil, repercutidas mediante o Programa Nacional dos Serviços Básicos

de Saúde – PREV – Saúde, voltado para integração e hierarquização institucional e reorganização do atendimento. As reivindicações estavam pautadas, a saber, em termos salariais, no que diz respeito à proximidade com as regras da Consolidação das Leis do Trabalho⁴(CLT); formação de recursos humanos a partir da criação de centros estudantis para a formação de profissionais especializados com certificado do Ministério da Educação (MEC); bem como algumas reivindicações supracitadas (AMARANTE, 1995; MATEUS, 2013).

Com o fim da Ditadura Militar, os movimentos sociais do Brasil retomaram a expressividade, contribuindo para as conquistas tanto para a saúde em termos gerais quanto para a saúde mental. Desse modo, algumas dessas conquistas, a exemplo das que foram alcançadas no ano de 1987, no II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. O congresso que instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Outro fato relevante que merece ser ressaltado, constitui-se na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro, cuja proposta estava pautada na revisão e reformulação de toda a legislação de saúde mental e a rescisão das leis reunidas no decreto nº 24.559 de 1934, alavancaram a luta por uma saúde mais humanizada, assim como a criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui-se como um dos mais importantes e completos sistemas de saúde do mundo (AMARANTE, 1995; MATEUS, 2013).

O Movimento de Luta Antimanicomial tinha como bandeira o fim dos manicômios, bem como os maus tratos às pessoas com transtornos mentais. No ano de 1986 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS em São Paulo, com o objetivo de oferecer atendimentos entre regime ambulatorial e a internação hospitalar, com uma equipe interdisciplinar. Ao longo do tempo, a rede de atenção psicossocial foi constituindo-se de maneira a ampliar a oferta de serviços para os usuários e atender ao princípio da integralidade do SUS, ou seja, baseado no atendimento às necessidades de saúde dos sujeitos (BRASIL, 2004b; MATEUS, 2013).

Cabe enfatizar que o CAPS também reafirma seu papel potencializador de atos em benefício da inclusão em sociedade. Esse espaço é composto por profissionais de distintas áreas do saber, e os tratamentos buscam englobar os sujeitos em sua completude. Assim, almejam modificar as rotinas dos usuários, assim como das pessoas que compõem seu ciclo familiar, além dos profissionais e instituições (SALLES; BARROS, 2013). Nesse sentido,

A atenção em CAPS apresenta alternativas de cuidado para as pessoas com transtornos mentais, previne internações, inclui a família no tratamento,

⁴ Instituída a partir do Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

oferece liberdade de ir e vir e facilita a criação de uma rede social, além de outras tantas diferenças em relação aos hospitais psiquiátricos (SALLES; BARROS, 2013, p. 332).

Portanto, a rede de atenção conta com alguns equipamentos de apoio, a saber, Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde da Família, Clínicas Psiquiátricas, Residências Terapêuticas. Acresce que o objetivo de tal rede é fortalecer os vínculos do usuário, família e comunidade e além disso possui na sua estrutura CAPS I e CAPS II, para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III, para atendimento tanto diário quanto noturno de adultos com transtornos severos e persistentes durante sete dias da semana; CAPS Ad, para usuários com transtornos mentais decorrentes de álcool e outras drogas; CAPS I especializado em serviços à saúde mental infanto-juvenil. Além dos serviços ofertados baseados no regime de atenção diária, esses espaços possuem atividades terapêuticas, distribuição de medicamentos e reuniões realizadas com os usuários para discutirem o atendimento (BRASIL, 2004b; MATEUS, 2013).

Ademais, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei Antimanicomial, com vistas a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Por conseguinte, em 1991 os CAPS são regulamentados por meio da Portaria nº 189. Com isso, efetiva-se enquanto espaço responsável em oferecer serviços aos usuários de saúde mental, mediante de ações e atividades com vistas a fortalecer os vínculos familiares, bem como ressocializar os pacientes com transtornos mentais. Em 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216 mais conhecida como lei Paulo Delgado que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em outras palavras, essa lei constitui-se como um dos marcadores da Reforma Psiquiátrica no país, com objetivo de proporcionar um tratamento mais humanizado, assim como garante os direitos dos pacientes com transtornos mentais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004b; MATEUS, 2013).

Cabe salientar a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e apresenta os seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial. Além disso, a RAPS tem como uma de suas diretrizes, a incorporação da política de saúde mental pelas equipes de atenção básica, bem como articulação com outras redes de serviço com vistas a atender as necessidades de saúde dos usuários em sua totalidade. Essa rede integra Sistema Único de Saúde – SUS, com a

finalidade de fornecer um modelo de atenção que garanta o cuidado da pessoa com transtornos mentais, na sua comunidade (MATEUS, 2013).

Considera-se que a reabilitação psicossocial tem como princípio da cidadania, a possibilidade de reabilitação contudo, não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda, e sim a reconstruir as possibilidades de trocas. Por maiores que sejam as limitações de um paciente, trata-se de considerar aí como um elemento prevalente a dimensão da vida.

Outro mecanismo utilizado são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2000. Nesses espaços, os usuários que permaneceram por longos períodos internados em hospitais psiquiátricos são inseridos em casas, que contam com equipe técnica especializada, formada por profissionais da área da saúde e cuidadores especializados em reabilitação psicossocial (PINTO; FILHO, 2016).

As instituições de atenção e atendimento à saúde mental passam por vários enfrentamentos cotidianos na prática para sua implementação uma vez que o antigo paradigma de cuidado ainda apresenta traços significativos nesse âmbito.

A partir da construção da política de saúde mental foram preconizadas mudanças estruturais na atenção ao cuidado em saúde que versam desde o atendimento que envolve o adoecimento mental das pessoas bem como “no modelo teórico e técnico-assistencial que organiza e sustenta as práticas dos profissionais; que orienta e sustenta o arcabouço jurídico e o universo de práticas e valores culturais” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 28).

Desse modo, tais mudanças no âmbito da prática, no arcabouço teórico, além da questão que envolve a ética profissional e questão política pode ser entendida enquanto Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS) que foi inspirada na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual data seu surgimento no ano de 1994 e anteriormente era nomeada como Programa de Saúde da Família (YASUI; COSTA-ROSA, 2008; AMARANTE, 2007).

Cabe salientar que o processo de lutas da Reforma Psiquiátrica e também da Reforma Sanitária se deu em um contexto permeado de grande complexidade, composto por diversos atores sociais desde profissionais de saúde até pacientes do antigo modelo de cuidado. Este contexto se tratava de uma disputa de poder a respeito dos valores e interesses, isto é, luta entre paradigmas de cuidado: o antigo modelo e a nova proposta de cuidado, que seriam respectivamente, “o Paradigma Psicossocial e o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 28).

Os dois modelos apresentam concepções e ações diferentes com relação à crise; o modelo antigo focaliza a compreensão da crise enquanto “[...] uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença”. Nesse sentido, os desdobramentos dessa

concepção reverberam nas ações realizadas em pessoas em crises buscando a contenção, além da aplicação de medidas dolorosas, violentas, severas e desumanas como “[...] a resposta pode ser agarrar a pessoa em crise a qualquer custo; amarrá-la, injetar-lhe fortes medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central a fim de dopá-la, aplicar-lhe eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, como é mais conhecido pelo domínio popular” (AMARANTE, 2007, p. 81).

Além disso, as pessoas em sofrimento psíquico eram submetidas a relações hierarquizadas, onde “o poder e o saber são estratificados [e] os usuários estão excluídos de qualquer participação que não seja de objeto inerte e mudo” (SALLES; BARROS, 2013, p. 325). Constata-se que, a partir do contexto histórico, o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais sucedeu mediante a exclusão social, reclusão e privação do contato com os mais diversos distintos ambientes que compõe a vida em sociedade. Nesse cenário, os denominados hospitais psiquiátricos surgem enquanto espaços destinados ao recolhimento desses sujeitos, sob a prerrogativa de que o tratamento e suas práticas ofertadas apresentariam melhora na saúde mental dos pacientes (SALLES; BARROS, 2013).

Nesse sentido, a psiquiatria apresenta um olhar higienista e, de acordo com Rocha (2017, p. 54) a partir das reflexões de Amarante (1995, p. 92), correlaciona-se com o nascedouro de “um projeto de medicalização social, em que a psiquiatria surge como instrumento técnico-científico de poder, no bojo de uma medicina que se autodenomina social”, ou seja, o conhecimento médico psiquiátrico torna-se um instrumento para legitimar determinadas práticas ditas de “cuidado”, com vistas ao controle social daqueles corpos abjetos, considerados fora da normalidade.

Acresce que, o paradigma hospitalocêntrico também compreende que “Mudam formas, linguagens e competências, mas o processo de cerco à loucura e exclusão à desrazão continua. O manicômio é uma variável independente das condições socioeconômicas do país onde se encontra, é o lugar destinado a zerar a troca” (SALLES; BARROS, 2013, p. 327).

Em contrapartida a esse modelo tradicional de cuidado, a perspectiva psicossocial compreende a questão da crise enquanto:

[...] resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo de desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para os outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por este motivo trata-se de um processo social (AMARANTE, 2007, p. 81-82).

Nesse sentido, a proposta da atenção psicossocial visa a construção de uma rede relacional entre os profissionais que fazem parte do processo de cuidado e escuta, nas mais diversas áreas, “[...] com os sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais [...]” (AMARANTE, 2007, p. 82).

Em outros termos, a partir do modelo psicossocial, os transtornos mentais são considerados fenômenos sociais e, dessa maneira, não devem ser excluídos, mas assimilados enquanto parte constitutiva do ser social. Nesse caso, a centralidade está na reinserção desses indivíduos em sociedade e reconstituição das suas vidas enquanto cidadãos detentores de direitos (SALLES; BARROS, 2013).

A Reforma Psiquiátrica constitui um papel primordial nessas transformações e pode ser sintetizada, no contexto brasileiro, enquanto:

Um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e as instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91, *apud* ROCHA, 2017, p. 53).

Os profissionais atuantes nessa área de saúde deparam-se com o cotidiano de trabalho desafiador uma vez que precisam incorporar e amplificar as mudanças do modelo psicossocial ao atendimento de pessoas que utilizam os serviços de saúde mental. Com isso, estes atores necessitam de instrumentos para amparar tais demandas e estes são entendidos como

Formação permanente, que faculte a redefinição e reorganização de seu processo de trabalho, e a articulação das alianças, ou mesmo forças antagônicas entre os diferentes setores da sociedade; em suma, que viabilize a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

Entende-se como antigo modelo ou tradicional aquele que está pautado no “princípio doença-cura e compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença, além de ser estratificado e hierarquizado por níveis de Atenção” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29). Além disso, apresenta enquanto pressupostos, ações de cuidado baseadas nos sintomas e a partir deles introduz a utilização de medicamentos como única opção de tratamentos aos pacientes. Acresce que, devido ao histórico de práticas de internação que

ocasionavam a reclusão de pessoas em sofrimento psíquico, retirando-as do convívio social e familiar, este modelo possui a característica hospitalocêntrica.

Vale destacar outra característica presente nessa modalidade de cuidado, a saber, “as ações tendem a ser funcionalistas por proporem uma adaptação de indivíduos queixosos, ‘desequilibrados’ ou desajustados” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

Como citado anteriormente, as EAPS surgem enquanto um conjunto de mudanças que buscam suplantam as práticas tradicionais, com o objetivo de compreender o novo formato de perspectivas que

[...] situe a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

Ressalta-se que para além dessas propostas, compreende-se enquanto ponto fundamental na construção dessa nova modalidade de cuidado, o entrelaçamento da subjetividade dos indivíduos com a promoção de saúde. Um exemplo de aplicação dessa perspectiva pode ser constatado no Documentário Hotel da Loucura⁵, a partir dos depoimentos dos profissionais e dos próprios usuários. A instituição é entendida como local de acolhimento fruto do estudo da obra de Nise da Silveira, baseado no diálogo sem medo como forma de minimizar o sofrimento das pessoas além de promover manifestações artísticas a partir dos próprios sentimentos dos usuários. A busca dessa alternativa de cuidado proposta por Nise em meados de 1946 almejava o uso mínimo medicamentoso como opção de tratamento.

Os desafios para esse processo também se concentram no âmbito da formação profissional, que é estruturada pela fragmentação das disciplinas e muitas vezes da ausência de relação entre as mesmas. Esses aspectos apresentam rebatimentos na visão do profissional ao atuar em campo de trabalho, posto que tal visão também se materializa de maneira fragmentada sobre o contexto social em que estão inseridos assim como no contexto dos pacientes, muitas vezes alvo dos traços do modelo hospitalocêntrico (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Amarante (2007) sinaliza a característica hiperespecialista que se refere a fragmentação de especialidades médicas para os diferentes órgãos presentes no organismo de um ser humano

⁵ Documentário por Felipe Careli e Flávia Venturi, disponível no Youtube.

e para determinado tipo de doença. Além disso, esse autor enfatiza o papel da medicina em diminuir o prisma da prevenção das doenças, supervalorizando a cura.

É importante atentarmos para as inferências trazidas pela divisão social do trabalho ocorrida no âmbito da saúde. Pois bem, diante de uma hierarquização de saberes onde o conhecimento médico é considerado superior aos demais, é reproduzida a fragmentação característica do Modo de Produção Capitalista (MPC), em que as tarefas são compartimentalizadas, como se não houvesse relação entre elas e o todo (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Desse modo,

Não há dúvidas de que, sem uma crítica radical à divisão do trabalho e ao processo de produção da Atenção vigente no campo da Saúde Mental, não poderemos obter avanços na superação da estratégia asilar e preventivista ainda dominantes. A EAPS exige um modo de organização de divisão do trabalho mais coerente com a lógica dos modos de produção de cooperação uma vez que, para o Modo Psicossocial, não se distinguem o processo produtivo dos efeitos da produção e dos beneficiários de tais efeitos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 32).

Contudo, ao se levar em conta a questão da indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividade, é possível visualizar cenários na contramão do paradigma hospitalocêntrico medicalizador presente na área da saúde, além de superar barreiras presentes na multidisciplinaridade que ao somar os saberes de diversas especialidades, por vezes, acaba por não dialogar entre elas, reforçando esse paradigma (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Segundo Rocha, Hara e Paprocki (2015), apesar dos avanços, a dificuldade no acesso à saúde é demonstrada em pesquisas que apontam países considerados subdesenvolvidos apresentando até 85,4% do total de portadores de transtornos mentais de alta gravidade sem tratamento adequado e não inserindo-se nos serviços do sistema de saúde. Ademais, os dados revelam ainda que a cada ano, um milhão de pessoas comete suicídio, o que serve de indicativo para reflexões com relação a fatalidade ocasionada pela negligência em cuidados nos casos de sofrimento psíquico. Assim,

Como nas engrenagens de um relógio, os cotidianos de vida individuais constituem e são constituídos pelo cotidiano da sociedade em que se vive. Assim, as pessoas com transtornos mentais se percebem inseridas em uma história social marcada pela exclusão da loucura, e veem seu cotidiano e sua história de vida particular transformada pelas marcas do preconceito e da discriminação (SALLES; BARROS, 2013, p. 325).

Dada a importância da luta antimanicomial, se constitui enquanto dever das políticas públicas de saúde, propiciar as condições necessárias à desinstitucionalização dos sujeitos com transtornos mentais. Salles e Barros (2013, p. 332), a partir das discussões propostas por Amarante (2007, p. 88), apontam que tal questão inicia-se com a “organização de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é acompanhar as pessoas, ajudando-as a construir autonomia e independência”. No entanto, esse cenário repercute em um campo de forças repleto de desafios,

[...] especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança. Para isso, seus principais instrumentos são: sua formação permanente, que faculta a redefinição e reorganização de seu processo de trabalho, e a articulação das alianças, ou mesmo forças antagônicas, entre os diferentes setores da sociedade; em suma, que viabilize a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

Se faz necessário pontuar alguns aspectos discutidos por Pinto e Filho (2016) sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) enquanto instituições como uma ponte no processo de inserção social de pessoas que permaneceram anos institucionalizadas em hospitais psiquiátricos. Esses espaços são regulamentados pela portaria n 106/2000 instituída pelo Ministério da Saúde e deve ser composto pela seguinte equipe técnica

a) 01 (um) profissional de nível superior da área da saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental, denominado de Técnico de Referência (RT); b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial, denominados “cuidadores” (PINTO; FILHO, 2016, p. 276).

Nesse sentido, entende-se que para promoção desse caminho que propõe reabilitar pessoas nessas condições, existem alguns alicerces, a saber “o morar, a rede social e o trabalho”. A partir desses aspectos o sujeito desenvolvem capacidades para criar novas relações com outras pessoas além do seu próprio reconhecimento enquanto pessoa que além de deveres possui direitos e desejos (PINTO; FILHO, 2016).

Destarte, esse breve retrospecto acerca da Reforma Psiquiátrica possibilitou não somente a contextualização da saúde mental ao longo da história, assim como a reflexão de outros aspectos que permeiam este contexto, a exemplo do estigma e exclusão social de sujeitos em sofrimento psíquico, além dos enfrentamentos cotidianos vivenciados por profissionais nessa área da saúde, frente a desconstrução do modelo hospitalocêntrico de cuidado, tanto em

ações efetivas quanto em reprodução de falas que estigmatizam e reduzem o sujeito apenas ao seu transtorno mental.

2.3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL À NÍVEL NACIONAL E MUNICIPAL: FACETAS DE OPERACIONALIZAÇÃO

Esta subseção apresenta os conteúdos dos documentos referentes à Política de Saúde Mental Nacional e Municipal, com o objetivo de verificar quais determinações sobre a questão de gênero consiste em seus conteúdos.

No que diz respeito à política nacional, a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 mais conhecida como Lei Paulo Delgado – Reforma Psiquiátrica traz em seu texto original o art. 1 que podemos considerar o pontapé inicial para inclusão e reflexões sobre futuras perspectivas de gênero nessa política. Diante disso, o artigo trata que

os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, p. 1).

Além disso, no decorrer da Lei, considera-se uma série de direitos relativos ao usuário de saúde mental assim como apresenta os tipos de internações e deveres do estado na promoção e ampliação desses direitos e as ações necessárias para ampliação do cuidado.

Destaca-se que, ainda em nível nacional, a criação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, em março de 2003, as políticas para as mulheres têm avançado sempre na perspectiva do diálogo e da construção coletiva com os movimentos de mulheres, feministas e demais movimentos sociais, revertendo lógicas desiguais presentes há séculos em nossa sociedade. Em julho de 2004, fomentada pela SPM, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (1ª CNPM), com 1.787 delegadas que debateram as suas agendas e elaboraram o I PNPM.

O processo como um todo envolveu mais de 120 mil mulheres em todas as regiões do país. Em agosto de 2007, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2ª CNPM), com a participação de 200 mil mulheres, das quais 2.800 constituíram a delegação na etapa nacional, que sistematiza um conjunto de propostas e demandas ao Estado brasileiro. A partir das resoluções da 2ª CNPM, foi elaborado o II PNPM.

A 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (3ª CNPM) ocorreu em dezembro de 2011, com 200 mil participantes em todo o país e 2.125 delegadas na etapa nacional. Como resultado, temos o PNPM 2013-2015, com ainda maior inserção das temáticas de gênero em diversas frentes do governo.

Apesar desse avanço considerável, concordamos com Alves e Rosa (2016, p. 446) que em relação a saúde mental “[...] a temática do gênero ou, pelo menos, a menção às masculinidades/feminilidades em documentos oficiais em políticas públicas de saúde ainda são insuficientes”.

Em 2002, o município de Aracaju foi pioneiro no estado de Sergipe ao implementar a rede de atenção e serviços em saúde mental a partir das “[...] experiências dos municípios de Campinas e Santos e da reforma psiquiátrica italiana [...]”. A partir disso, surgiram os ambulatórios dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) e CAPS enquanto equipamentos substitutivos de saúde mental (FUNESA, 2011, p. 36).

Destaca-se que, ainda em 2002, a inauguração do primeiro CAPS da rede pública, o CAPS II – David Capistrano Filho é reconhecido como o principal divisor de águas na transformação do cuidado às pessoas com transtornos mentais em Aracaju/SE. Após esse marco, também foram implementados o CAPS AD para atendimento de pessoas usuárias de substâncias psicoativas, além do CAPS III. Assim,

Os leitos de urgência se somaram aos leitos de acolhimento noturno do CAPS III, acolhendo os usuários com descompensação de sal doença tanto de Aracaju quanto de outros municípios. No ano seguinte, o CAPS David Capistrano Filho passou também a funcionar 24h com leitos de acolhimento noturno para moradores da cidade (FUNESA, 2011, p. 36).

O município oferece atendimento aos usuários da política de saúde mental nos três níveis de atenção: disponibiliza atendimento psicológico inicial em 10 a 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que direcionam o usuário, de acordo com a demanda, para os demais espaços da rede. Dessa forma,

Os atendimentos aos adultos são feitos nas unidades Santa Terezinha, Celso Daniel, Humberto Mourão, Marx de Carvalho, Dona Sinhazinha, Joaldo Barbosa, Edézio Vieira de Melo, Francisco Fonseca e Anália Pina de Assis. Os pediátricos, por sua vez, nas unidades Ministro Costa Cavalcante, João Cardoso e Marx de Carvalho (AGÊNCIA ARACAJU DE NOTÍCIAS, 2020, p. 1).

Em 2017 o município foi reconhecido em âmbito nacional no Programa Como Será? Da emissora Rede Globo enquanto rede de saúde mental referência no país. Nessa ocasião, foram apresentados os serviços ofertados na rede de atenção do município, além de ressaltar que este configura-se dentre outros municípios que possuem a estrutura de atendimento para pessoas com transtornos mentais, prevista de acordo com Ministério da Saúde (PCdoB, 2017).

Ainda nesse ano de 2017, a partir de informações concedidas pela prefeitura, o município possuía em sua organização da rede de atendimento, o quantitativo seis (06) CAPS. Ademais, compreendia uma estimativa de 1.500 usuários que faziam acompanhamentos nesses espaços de cuidado.

Em contexto pandêmico a partir de 2020, surgiu a necessidade de ampliação dos atendimentos ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS). Ressalta-se que esses atendimentos tem início em “[...] Unidades Básicas de Saúde (UBS) e alcança até mesmo atendimento remoto, para dar conta da demanda decorrente da crise sanitária que tem afetado, ainda, o emocional da população (INFONET, 2021, p. 1).

Como supramencionado, a capital conta com seis (06) CAPS, sendo cinco (05) destes direcionados para

regime de plantão 24h por dia, categorizados como tipo 3, e um em horário comercial, de segunda a sexta-feira, se enquadrando no tipo 2. Quatro destes Caps atendem pessoas em sofrimento psíquico e transtorno mental e dois atendem casos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (INFONET, 2021, p. 1).

Estão distribuídos nos seguintes bairros da capital, a saber, Atalaia, Coroa do Meio, Cirurgia, Siqueira e Suissa.

Outro ponto trata-se dos atendimentos relacionados aos casos de surtos psicóticos e demandas para urgências psiquiátrica. O município conta com o serviço ofertado na Urgência Mental do Hospital São José e as ações e atendimentos fomentados nesse espaço seguem as perspectivas preconizadas a partir da Reforma Psiquiátrica e a Lei Paulo Delgado.

Em 2020, a proposta de expansão dos atendimentos devido à pandemia configura-se na criação do Serviço de Apoio Psicológico na modalidade remota, cinco dias por semana em horário de 7h às 19h. A pessoa que deseja esse tipo de atendimento, realiza contato telefônico a partir do número disponibilizado pela prefeitura. Ressalta-se que, de maneira inicial, este serviço foi ofertado para os profissionais de saúde e posteriormente, a partir da análise das demandas, houve a ampliação para o restante da população (INFONET, 2021).

Os dados obtidos nesta época, revelaram que a motivação para busca dessa modalidade tratava de “[...] 12% das ligações registram ansiedade relacionada à pandemia, e 8,7% concernente a medo (PRIMEIRA MÃO, 2020).

O desenvolvimento de um projeto entre a Secretaria Municipal de Saúde com o Instituto Cactos⁶ a partir de uma parceria que visa construir os indicadores que possibilitem identificar a população com transtorno mental no município. Dados preliminares revelam que 42% da população atendida nos serviços de saúde mental compostos na REAPS sofrem do transtorno de esquizofrenia (INSTITUTO CACTOS, 2021).

Essa iniciativa apresenta um avanço significativo para a produção de futuras pesquisas sobre o tema, visto que Aracaju terá um agrupamento de indicadores próprios. No entanto, esperamos que para além da identificação dos transtornos mentais e comportamentais mais incidentes a partir do diagnóstico e do quantitativo dos usuários dos serviços, esses indicadores apresentem desagregação dos marcadores gênero, raça/cor/etnia, faixa etária.

O capítulo seguinte versa sobre sexo e gênero na questão das relações de saúde e doença. Nessa direção, abordamos a correlação entre gênero e saúde mental, enquanto perspectiva norteadora deste estudo. Além disso, apresentamos o contexto atual da COVID-19 vivenciado pelo mundo a partir do início da pandemia em março de 2020, assim como algumas questões que este cenário representa para produção e agravamento de questões de saúde física e saúde mental.

⁶ Organização Não-Governamental (ONG) sem fins lucrativos voltada para identificação de pessoas com transtorno mental.

3 SEXO E GÊNERO: DIFERENÇAS RELACIONADAS AOS ASPECTOS DE SAÚDE E DOENÇA

3.1 GÊNERO E INTERSECCIONALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS: ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para compreender os contextos e subsídios incorporados na elaboração e implementação de políticas públicas, é necessário emergir nos estudos sobre gênero e interseccionalidade, uma vez que tais políticas tem como enfoque os sujeitos que compõem e alimentam as relações sociais.

A partir dessa premissa, se faz necessário os elementos que permeiam a implantação das políticas públicas e sociais a partir do conceito de gênero e interseccionalidade das relações sociais. A partir disso, se faz necessário discutir a correlação desse conceito de gênero com o marxismo, com essas políticas públicas e com o conceito de interseccionalidade inerente nesse campo de relações em nossa sociedade.

Se faz necessário compreender inicialmente, alguns elementos com relação a dinamicidade das relações sociais constituídas em torno da categoria gênero. A partir dessa premissa, Souza (2013) baseada nas reflexões de Sampaio (2012) pontua alguns fundamentos que permeiam a contextualização histórica da divisão sexual do trabalho, à luz dos pensamentos de Engels. Nesse sentido, nos primórdios da civilização, contexto em que a sociedade se moldava paulatinamente

Na comunidade primitiva a direção do trabalho doméstico passou a ser dirigido pela mulher, enquanto que as crianças acompanhavam o trabalho dos adultos, recebendo por isso recompensas. Isso nos mostra que a divisão do trabalho passou então a reger e separar os sexos: a mulher na casa e na horta; o homem caçando e guerreando; desde o momento em que estas relações começaram a se institucionalizar, passando a mulher a depender economicamente do homem foram estabelecidas as relações de opressão sobre a mulher (SOUZA, 2013, p. 1).

Essa forma de opressão estabelecida na dinâmica de divisão dos afazeres entre os sexos binários homem e mulher configura-se a princípio a partir de uma perspectiva material. No entanto, com estabelecimento da propriedade privada e também do patriarcado, pode-se identificar a questão da posse advinda do homem ao tratar a mulher. Ademais, mediante a constituição da família e todo conceito, o homem desenvolve o papel de dominação dessa instituição, principalmente da mulher, vista como um objeto cujo propósito se configura na

reprodução sexual e cuidados domésticos. Nesse contexto, constata-se, a submissão imposta a esta mulher que é moldada em torno desses papéis sociais submissa as relações de poder familiares em primeiro lugar a figura paterna e posteriormente a figura do seu cônjuge (SOUZA, 2013).

Ora, compreender as relações de gênero originadas nesse contexto de opressão, submissão e poder, proporciona ultrapassar as análises das questões sociais tratadas meramente ao que se impõe enquanto biológico do que é ser homem e mulher em sociedade, considerando para além das características sexuais biológicas designadas ao nascimento dos seres humanos, que para além dessa configuração, são seres sociais (SOUZA, 2013).

Saffioti (2000, p. 73) explica que “a sociedade não comporta uma única contradição.” A partir disso, compreende-se que “[...] há fundamentais, que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais [...]”.

Com isso, não podemos perder de vista que os papéis sociais impostos a homens e mulheres ao longo da constituição da sociedade impõem que

A mulher e a sua equivalência a propriedade masculina ocasionou a esta um imenso jugo: a definição de que seu corpo e suas vontades devem estar sempre à disposição dele que exerce o poder de posse, sendo ela impedida de exercer a sua individualidade. Desde a mais tenra idade aprendemos o que é lícito e ilícito. Eles precocemente são estimulados a desenvolver a sua sexualidade e virilidade, elas o lado “natural” afetivo e cuidador, ficando restritas a questões sexuais (SOUZA, 2013, p. 2).

Sabe-se que, ambos são enredados nessa dinâmica, porém a mulher abarca as cargas físicas e emocionais impostas e reproduzidas, que em muitos casos se desenvolvem em algum tipo de adoecimento, a exemplo do adoecimento mental. Pontua-se que as vivências de transtornos/sofrimento psíquico atribuem uma carga cultural e social perpassada e construída em sociedade, ou seja, não é apenas algo restrito a subjetividade individual. No entanto, essa carga apropria-se de maneira diferente com relação a sociabilidade de homens e mulheres (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015).

Outro aspecto presente no contexto do adoecimento feminino trata-se da “[...] questão da repressão sexual, ou seja, da vigência de normas sociais que estabelecem uma dupla moral sexual, a qual “freia” as sexualidades femininas” (SANTOS, 2009, p. 1180).

No entanto, estudos sinalizam a importância de trabalhar e contextualizar o processo imposto ao tipo de masculinidade que o homem deve performar justamente para validar comportamentos viris e sexuais que fundamentem suas relações de poder e dominação familiares e afetivas.

Nessa direção, cabe sinalizar que mesmo com a ampliação de estudos e conhecimentos sobre o termo gênero, este ainda é alvo de confusões com termo “sexo”. No entanto, o termo sexo trata-se de uma categoria que estabelece as diferenças entre os significados do que é ser fêmea e ser macho, gênero é um conceito relacionado à construção social do feminino/masculino, através da dinâmica das relações sociais que configuram uma identidade pessoal, uma história e um projeto de vida que refletem concepções de gênero internalizadas por homens e mulheres. É a partir da observação e do conhecimento das diferenças sexuais do que acreditam e devem ser o masculino e o feminino, que a sociedade estrutura as representações de gênero.

A compreensão dessa diferença não somente das terminologias, assim como das suas representações, é de suma importância para as discussões sobre igualdade. Segundo Joan Scott (1995, p. 86) define gênero como “[...] um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e [...] o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”.

Desse modo, segundo Souza (2013, p. 3), “[...] é imprescindível a análise marxista, para que possamos desnaturalizar as relações de gênero e as opressões sobre as quais as mulheres são submetidas”. Ressalta-se que, para compreensão dessas relações de gênero, também é preciso considerar as dimensões de classe e raça, além de outras questões que compõem a interseccionalidade. Contudo, essas dimensões estão diretamente relacionadas e compõem, assim, a dimensão das relações de opressão e exploração que as mulheres são submetidas no âmbito dessa sociedade capitalista.

Cabe complementar que

A maior contribuição da tradição marxista foi o desenvolvimento de sua perspectiva teórico-metodológica, permitindo extrair dos fatos objetivados na vida social os processos que os originam e que os tornam totalidades concretas. Trata-se de um método diante do qual é possível buscar as explicações acerca da superação de algumas de suas próprias análises, já que este compreende a história como detentora de movimento. Sendo assim, se uma análise é feita num dado momento histórico, num momento diferente, por conta de seu movimento, a história demandará novas análises que apreendam suas novas determinações (SOUZA, 2014, p. 17).

Por isso, se faz necessário transcender as análises rasas que não abarcam todos esses contextos de produção e reprodução opressor, pois, “[...] compreender o gênero sob uma perspectiva marxista se faz indispensável [...] para o desenvolvimento de análises cujo o rigor crítico oferece elementos para compreensão da realidade histórica e social bem como elementos para fortalecer e subsidiar tanto elaboração quanto a implementação políticas públicas que incorporem esse debate (SOUZA, 2014, p. 14).

Se faz necessário desmistificar algumas discussões referentes a uma determinada ‘ausência’ de sensibilidade advinda da tradição marxista com relação ao debate de gênero e para isso, Souza (2014) apresenta um delineamento crucial sobre tal prerrogativa. Isto posto, a autora aponta que “Em nossa opinião, as acusações feitas à tradição marxista, acerca de uma pretensa insensibilidade à questão de gênero, não têm validade, constituindo-se muito mais como uma tentativa de desqualificação dessa vertente crítica [...]” (SOUZA, 2014, p. 14).

Segundo Souza (2014, p. 19), “[...] o método materialista é o mais adequado para apreender o gênero, por desenvolver um movimento que, utilizando-se da totalidade e da história, desfeticiza e desnaturaliza os fenômenos sociais”.

Apresentar a contextualização da categoria gênero com as análises propostas pelo conhecimento oriundo da tradição marxista, enquanto orientação metodológica para compreender e desenvolver análises fundamentadas na criticidade, não podemos perder de vista o conceito de interseccionalidade relacionado ao pensamento feminista. Tal conceito opera enquanto uma lente para compreensão dos marcadores e eixos sociais de gênero, raça, classe, etnia que se relacionam entre si e estão presentes nas sociabilidades dos seres sociais.

Em 1989, “[...] o termo “interseccionalidade” [...] foi cunhado [...] pela teórica feminista estadunidense Kimberlé Crenshaw. No entanto, anteriormente a esse marco, era possível identificar a exemplo, o fomento de debate que incorporasse as maneiras de diferenças sociais assim como as desigualdades, no âmbito de um coletivo composto por feministas negras e lésbicas em meados de 1973 a 1980. (HENNING, 2015, p. 102).

Para além disso, Henning (2015) pontua a partir de alguns autores, a existência anterior a esse debate proposto pelo feminismo sobre o entrelaçamento das opressões de raça, classe, gênero, sexo, levantado aproximadamente no século XIX, no contexto da primeira onda do feminismo. A partir disso, baseado nos pensamentos de Baukje Prins, é possível constatar mediante um delineamento histórico, duas linhas trabalhadas nos estudos teóricos de algumas autoras que abordam o conceito de interseccionalidade.

A primeira linha trata-se da abordagem sistêmica/estrutural cujo enfoque está voltado para os rebatimentos causados pelo sistema social na formação das identidades dos sujeitos.

Além disso, pode ser identificada nos Estados Unidos e em trabalhos de autoras como Kimberlé Crenshaw e Patricia Hill Collins; a grosso modo, pontua-se que essa linha de pensamento busca trabalhar os conceitos das opressões citadas anteriormente, a saber, “[...] gênero, “raça” e classe como sistemas de dominação, opressão e marginalização que *determinam* ou *estruturam* a formação de identidades” (PRINS, 2006, p. 279 *apud* HENNING, 2015, p. 112). Enquanto críticas, identifica-se:

destacar excessivamente o impacto do sistema ou da estrutura sobre a formação de identidades; tratar o poder como uma propriedade de alguns em detrimento de outros e não como uma relação (fazendo um uso seletivo de Foucault, uma vez que reforçaria apenas os efeitos repressivos do poder, ignorando sua faceta produtiva na formação de subjetividades, assim como relações de poder marcadas por conflitos e pontos de resistência); e, por fim, os sujeitos aparecem constituídos por sistemas de dominação, subordinação, marginalização e carentes de agência (HENNING, 2015, p. 112-113).

A outra linha de pensamento teórico trata da abordagem construcionista, ou seja, apresenta o desenvolvimento de um conceito de interseccionalidade a partir da “[...] concepção de poder mais dinâmica e relacional, levando em consideração aspectos de agência e identidade social”; esta vertente é utilizada por teóricas Anne McKlinton e Avtar Brah do Reino Unido. A visão proposta “[...] estaria marcada também por uma visão de poder vinculada, em termos gerais, a Gramsci, em uma perspectiva de embates constantes em torno da hegemonia” (HENNING, 2015, p. 113).

Cabe pontuar que, na vertente construcionista reforça o pensamento que as categoriais de raça, gênero e classe possui caráter de articulação entre si e nas dinâmicas que as constituem, existem diversas relações contraditórias ou não. Além dos elementos propostos por essas duas vertentes apresentadas, Sylvia Walby sintetiza mais cinco linhas de abordagem que englobam a complexidade em torno que constitui o feminismo interseccional, a saber

1) uma *abordagem mais geral de crítica às super-generalizações* que tende atualmente a ser consenso entre teóricas feministas; 2) um *reducionismo a um único eixo primário de desigualdade* estando outros eixos subordinados ao primário [...] 3) um *microreducionismo* ou a rejeição da conceituação das relações sociais em termos de sistemas. A partir dessa rejeição, segue-se uma estratégia de descobrir categorias interseccionais negligenciadas [...] 4) a *rejeição das categorias de conjunto*, sendo que nessa abordagem as categorias são vistas como inadequadas nas representações do mundo como é vivido e como provocadoras da perda da experiência das práticas [...] 5) no *reducionismo segregacionário*, ao invés de se negar as categorias, a estratégia é construir uma análise aperfeiçoada de cada marca de diferença como parte do processo de analisar suas intersecções. Nessa abordagem estabelece-se a

irredutibilidade de uma categoria à outra e a base ontológica de cada divisão é vista como autônoma e priorizadora de esferas distintas das relações sociais (HENNING, 2015, p. 114-115, *grifos do autor*).

O conceito de interseccionalidade segundo Crenshaw (2002, p. 177) configura-se em “[...] capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação”. Ademais, “[...] trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”.

Ressalta-se que, “[...] os vários eixos de poder, isto é, raça, etnia, gênero e classe constituem as avenidas que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos”. Com base nestes eixos, a autora pontua que pode identificar os elementos da dinamicidade do desempoderamento. No entanto, se faz necessário compreender que estes eixos “[...] se sobrepõem e se cruzam, criando intersecções complexas nas quais dois, três ou quatro eixos se entrecruzam”, diferentemente de como são interpretados e definidos por algumas análises, os considerando a partir de distinções e exclusões” (CRENSHAW, 2002, p. 177).

A partir do conhecimento que a interseccionalidade se caracteriza nas mais diversas formas no que diz respeito a vida e sociabilidade feminina no mundo, a autora desenvolve seu conceito enquanto um modelo de caráter provisório para assim, organizá-lo e também categorizá-lo. Conforme afirma Henning (2015), Crenshaw desenvolve de maneiras diferentes esse conceito ao longo do amadurecimento dos seus estudos. Inicialmente, “[...] a autora via a interseccionalidade como uma “metáfora” e em seus textos posteriores ela passou a apontá-la como uma “categoria provisória” (HENNING, 2015, p. 102).

Com isso, convém enfatizar que

o problema interseccional não está simplesmente no fato de não abordar um único tipo de discriminação de forma completa, mas no fato de que uma gama de violações de direitos humanos fica obscurecida quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas e, ocasionalmente, também de homens marginalizados (CRENSHAW, 2002, p. 178).

Diante disso, cabe reforçar a urgência de análises críticas que englobem esse conceito para analisar as relações sociais, como já mencionado ao longo deste artigo, os eixos ou marcadores estão entrelaçados na dinâmica inerente a essa sociedade burguesa.

Com base em alguns tipos de exemplos de opressão e subordinação interseccional, constata-se que estes elementos não estão restritos apenas às mulheres, pois “[...] Estereótipos

racializados de gênero também foram usados contra homens para racionalizar uma forma de violência de conotação sexual contra eles” (CRENSHAW, 2002, p. 178).

O caráter político do pensamento interseccional transcende os espaços teóricos e acadêmicos, pois, também é identificado nas situações em que a raça e gênero estão subordinados. O movimento organizacional de mulheres oriundas de comunidades marginalizadas em diversas camadas nos marcadores de opressão, configura-se enquanto ato político de luta para reivindicação de direitos e abordagem de pautas para além do teor teórico, mas imposto e vivenciado na realidade cotidiana dos sujeitos em sua sociabilidade.

O processo que engloba a elaboração das políticas públicas precisa expandir e incorporar, a partir de críticas e análises fundamentadas, os aspectos de gênero e interseccionalidade. Não podemos perder de vista que algumas políticas já trazem esse enfoque em seu contexto, porém, em tempos obscuros de retrocessos e perdas de direitos, se faz necessário fortalecer as pontes de diálogo que fomentam e constroem as bases para a luta pelos direitos dos sujeitos usuários dessas políticas.

A próxima subseção aborda os elementos inerentes da correlação entre a categoria gênero e saúde mental para a (re)construção do conhecimento sobre o adoecimento mental da população.

3.2 CORRELAÇÃO ENTRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL: ELEMENTOS PARA O DEBATE

Esta subseção apresenta reflexões que versam sobre a correlação entre gênero e saúde mental. Assim, pretendemos suscitar reflexões de como a compreensão sobre a perspectiva das relações de gênero redirecionam as interpretações e fomentam a construção e ampliação de políticas públicas de cuidado em saúde mental.

Nessa direção, cabe sinalizar que mesmo com a ampliação de estudos e conhecimentos sobre o termo gênero, este ainda é alvo de confusões com termo “sexo”. No entanto, o termo sexo trata-se de uma categoria que estabelece as diferenças entre os significados do que é ser fêmea e ser macho, gênero é um conceito relacionado à construção social do feminino/masculino, através da dinâmica das relações sociais que configuram uma identidade pessoal, uma história e um projeto de vida que refletem concepções de gênero internalizadas por homens e mulheres. É a partir da observação e do conhecimento das diferenças sexuais do que acreditam e devem ser o masculino e o feminino, que a sociedade estrutura as representações de gênero.

A compreensão dessa diferença não somente das terminologias, assim como das suas representações, é de suma importância para as discussões sobre igualdade. Segundo Joan Scott (1995, p. 86) define gênero como “[...] um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e [...] o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”.

Ademais, Santos (2009) a partir dos pensamentos de Bruschini e Costa (1992) pontua uma questão relevante sobre a discussão da categoria gênero, uma vez que sua utilização traz à luz as mais diversas maneiras de conhecimento e compreensão da realidade, assim como o modo que engloba a construção e representação de mulheres e homens a partir das relações sociais desses sujeitos. A partir desses aspectos, desenvolve “[...] a produção das subjetividades e, conseqüentemente, as interpretações sobre o adoecimento psíquico” (SANTOS, 2009, p. 1178).

Frente a isso, cabe reflexões sobre como

É importante ressaltar que os transtornos mentais e o conseqüente sofrimento psíquico - traduzido na dificuldade em operar planos, em definir o sentido da vida e no sentimento de impotência e vazio - prejudicam o gozo das capacidades mentais plenas, incapacitando homens e mulheres a interagir na sociedade e, em casos extremos, levam esses indivíduos à perda de sua condição de cidadãos [...] (SANTOS, 2009, p. 1178).

Com relação ao adoecimento mental de mulheres, dados do Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, de 2001, revelam que “[...] as mulheres se encontram numa condição de maior risco de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico”. Além disso, este documento apresenta a contribuição dos mais diversos papéis sociais, a saber, “[...] de esposas, mães, educadoras e cuidadoras [...]”, impostos e esperados que as mulheres executem em seus cotidianos, para o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais. Destaca-se também, questões de violência e vulnerabilidade em que essas mulheres são expostas, como “[...] 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).

Ressalta-se que, segundo Zanello, Fiuza e Costa (2015) apesar de produções e leituras referentes a saúde mental articulada com a perspectiva de gênero ainda sejam exórdias, alguns estudos sinalizam a relevância de propor essa articulação, visto que algumas experiências de transtornos mentais são construídas socialmente. Além disso, a partir dos pensamentos de Bukowitz e Zanello (2011) também pontuam que,

[...] o sofrimento (e a reação a ele) é construído socialmente e moldado segundo os valores e ideais estereotipados de gênero, havendo caminhos privilegiados (porém não excludentes) de subjetivação (distintos) para homens e mulheres, os quais se tornam evidentes na expressão do adoecimento psíquico (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015, p. 239)

Ademais, os referidos autores a partir dos pensamentos de Casares (2006) assinalam que os estereótipos enquanto construto social, fornecem privilégios aos padrões de cunho emocional e comportamental, que venham a definir o que é ser uma mulher e um homem na sociedade. Com isso, a experiência desses estereótipos, altera-se de acordo com os valores culturais perpassados pela sociedade e influenciam diretamente nas visões que os sujeitos têm das outras pessoas e de si próprios, tal como no âmbito do sofrimento mental desses sujeitos.

Pontua-se que as vivências de transtornos/sofrimento psíquico atribuem uma carga cultural e social perpassada e construída em sociedade, ou seja, não é apenas algo restrito a subjetividade individual. No entanto, essa carga apropria-se de maneira diferente com relação a sociabilidade de homens e mulheres (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015).

Outro aspecto presente no contexto do adoecimento feminino trata-se da “[...] questão da repressão sexual, ou seja, da vigência de normas sociais que estabelecem uma dupla moral sexual, a qual “freia” as sexualidades femininas” (SANTOS, 2009, p. 1180).

Com relação ao contexto brasileiro, Santos (2009) baseada nos estudos de Berquó e Cunha (2000), pontua a questão de as internações psiquiátricas apresentarem maior significância em homens, quando comparada a mulheres. Sobre este aspecto entende-se que

[...] a relação social de gênero confere também sua especificidade no “adoecer masculino”, pois esse recebe o “cuidado feminino”, “[...]... O homem é levado ao hospital pela mulher que cuida dele – mãe, irmã ou filha [...]”, sendo que as mulheres são abandonadas por seus parentes masculinos e chegam ao hospital psiquiátrico menos frequentemente (SANTOS, 2009, p. 1179).

Importante destacar que as análises contidas nas falas dos sujeitos sobre as mudanças dos serviços ofertados às pessoas com transtorno mental, de internações em hospitais psiquiátricos para os serviços do CAPS enriquecem as reflexões que fomentam a produção de estudos na busca por essa correlação entre gênero e saúde mental (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015).

A partir da perspectiva de gênero no atendimento à saúde mental torna-se emergente um olhar distinto no diagnóstico de transtornos em homens e mulheres, de modo a não ocorrer situações de hiperdiagnóstico em um ou subdiagnóstico em outro. Além disso, a expressão de

fala do sujeito precisa ser entendida para além da carga do sofrimento na esfera da individualidade, ou seja, entender o contexto que essa fala emerge, sendo este um local em sociedade (ZANELLO, 2014).

Ao tratar da temática de mulheres, saúde mental e conjugalidade, a autora Zanello (2014) apresenta pontuações sobre a violência acometida no âmbito privado das relações amorosas maritais. Em conjunto com as reflexões de outros autores, a saber, Tim, Pereira e Gontijo (2011), ressalta a importância de uma ação política permeada na atuação clínica, a partir desse olhar das relações de gênero que estruturam a sociedade. Outro aspecto sinalizado trata-se das restrições e receios sobre situações de violência vivenciadas por mulheres no âmbito privado, por alguns profissionais que oferecem atendimento. Entende-se que esse tipo de situação é algo que não deve ser verbalizado, compartilhado ou quando o é, tratam-no enquanto parte de uma vivência instituída em conjunturas sociais; esse ponto faz correlação ao ditado popular “briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, o qual mesmo após avanços na constituição e implementação de leis e políticas públicas para o combate da violência contra a mulher, ainda é reproduzido em sociedade estruturada por valores patriarcais.

Nesse sentido, se faz necessário sinalizar que “o viés de gênero provoca assim um grande desconforto para a área de saúde mental, e isto sob vários aspectos, pois destitui o instituído, abala as certezas de uma suposta neutralidade, traz o íntimo para o político e questiona as próprias relações de poder nesse campo, bem como seus valores” (ZANELLO, 2014, p. 116).

A incorporação da perspectiva de gênero na saúde mental acarreta em transformações que se referem na importância da escuta e acolhimento que podem configurar modificações na atuação em saúde mental assim como podem apresentar desdobramentos significativos no processo entre o diagnóstico dos usuários(as) dessa política e o desenvolvimento do tratamento (ZANELLO, 2014).

3.3 A CONJUNTURA ATUAL: SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA DA COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surgimento de uma nova doença provocada por um vírus do tipo coronavírus, a COVID-19 ocasionada pela disseminação descoberta no final de 2019, na cidade Wuhan, na China. Foi considerada uma emergência de saúde pública de interesse internacional, com alto risco de se espalhar para outros países ao redor do mundo. Em março de 2020, a OMS avaliou que a Covid-19 caracterizava-se como uma pandemia e o mundo passou a aderir quarentena e isolamento social. A partir disso, dados

revelam que “[...] em 11 de março de 2020, o número de casos relatados de Covid-19 no mundo passou de 118 mil para mais de 37 milhões, e o de mortes pela doença de 4.200 para mais de 1 milhão, em 11 de outubro de 2020” (XIMENES *et al.*, 2021, p. 1442).

A quarentena enquanto um período de 14 dias em isolamento após descoberta do vírus, enfatiza a necessidade de permanecer em casa, não somente por estar contaminado com o vírus, mas também para evitar a exposição. Diante disso, praticamente todas as atividades foram paradas, a exemplo de aulas presenciais em escolas e universidades, viagens, shows, e qualquer ato que venha a causar aglomeração de pessoas, uma vez que no desenvolvimento das pesquisas sobre o vírus, constatou-se que o mesmo é extremamente contagioso, sendo disseminado pelo ar e por contágio direto entre pessoas.

Assim, “O distanciamento social alterou os padrões de comportamento da sociedade, com o fechamento de escolas, a mudança dos métodos e da logística de trabalho e de diversão, minando o contato próximo entre as pessoas, algo tão importante para a saúde mental” (GUIA DE SAÚDE MENTAL PÓS-PANDEMIA, 2020).

A partir de uma perspectiva crítica e de totalidade, levando-se em conta o que sucede no mundo no contexto atual, particularmente com o marco histórico da pandemia, que se tornou diante da conjuntura histórica, uma das maiores pandemias, apresentando rebatimentos em diversos países. E pode-se dizer diante das possibilidades que acarretou possivelmente, na política de isolamento social de maior dimensão já registrada. Quando se trata do Brasil, mais especificamente, está em evidência uma crise sanitária, que aprofunda a crise econômica e social, para além do próprio contexto da crise política.

Ademais, não podemos perder de vista que

o alcance do amplo espectro das relações culturais e sociais, abordado por uma ótica da sociedade e da saúde, demonstra que não só aquelas produzem riscos à saúde, mas também os processos econômicos e políticos, de formas diferentes, fixando assim, a importância da visualização da saúde atrelada a uma estrutura social (LEVORATO *et al.*, 2013, p. 1264).

Essa conjuntura nos instiga a compreender suas características, multiplicidade dos processos e rebatimentos que versam desde os aspectos de dimensão social, econômica, política, cultural e histórica. Ademais do impacto em nossas vidas pessoais e nas dinâmicas que se subsomem a essa lógica, a pandemia de COVID-19 mudou profundamente nossas agendas de trabalho, trazendo consigo uma nova forma de produzir conhecimento —desde a emergência — e de comunicarmos, quase que exclusivamente a partir de plataformas digitais.

A defesa pelo isolamento social também estava pautada para contenção em não superlotar hospitais tanto particulares quanto públicos, que não estavam preparados para receber uma demanda volumosa de doentes infectados ao mesmo tempo. Sobre esse aspecto, constata-se que

Como em epidemias anteriores trazidas por quem havia viajado para o exterior, o vírus espalhou-se na direção das periferias das nossas cidades, locais com ao menos 15 milhões de habitantes. Sem testes disponíveis, ficamos reféns dos caprichos virais. Era esperado que São Paulo e Rio de Janeiro, metrópoles que recebem grande número de viajantes, fossem epicentros da epidemia brasileira, mas não imaginávamos que Manaus, Belém, Recife e Fortaleza seriam atingidas ao mesmo tempo, com tamanha virulência (VARELLA, 2020, *online*).

Para além disso, cabe destacar aqui o posicionamento do atual governo Bolsonaro frente a pandemia que assola o país. Desde os primeiros casos confirmados no Brasil, o presidente banalizou a gravidade e consequências da pandemia na vida dos cidadãos assim como do Sistema Único de Saúde. Em muitos de seus pronunciamentos, o governo chegou a proferir a frase sobre a COVID-19 enquanto uma “gripezinha” e defendeu o uso de um medicamento que não tem nenhuma comprovação científica sobre eficácia no tratamento, muito pelo contrário, traz efeitos maléficos aqueles que o consomem.

Destaca-se também a volatilidade de alguns ministros na gestão, a exemplo do ministro da justiça que entregou o cargo início da pandemia (2020), alegando não concordar com diversas práticas do governante e ser limitado em sua autonomia administrativa. Além disso, o ministro da saúde entregou o cargo no decorrer dos meses da pandemia e o seu substituto, também fez o mesmo gesto (VARELLA, 2020). Esses acontecimentos durante a conjuntura pandêmica representaram o descompromisso governamental da gestão Bolsonaro (2019-2022) com a saúde pública da população brasileira.

Este contexto histórico causou rebatimentos em diversos setores da economia e da vida social da população, além de consolidar o avanço do ensino remoto em tempos de pandemia. Com a suspensão de aulas presenciais, algumas escolas e universidades tiveram que se adaptar a dita “nova realidade”, estipulando que o ensino continuasse via remota, por meio de aulas virtuais ou gravadas transmitidas por plataformas próprias para esse tipo de modalidade. No entanto, segundo o IBGE, 8,7 milhões de brasileiros que frequentavam escolas e universidades não tiveram aulas no mês de julho de 2020 (CARTACAPITAL, 2020).

Além deste dado, apresenta-se também a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Covid-19 realizada mensalmente, afirmando que o número representa 19,1% do total de alunos

residentes no Brasil. Outro fator determinante, diz respeito a realidade de muitos brasileiros que não possuem Internet em casa para acompanhar as aulas virtuais o que corresponde à 46 milhões de brasileiros; este dado foi extraído a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua TIC) realizada em 2018 e divulgada pelo IBGE em 2020. Ademais, diversos motivos explicam esse dado, a saber, dificuldade devido à localização de moradia, falta de entendimento sobre o uso, falta de equipamentos adequados para acesso como celular, computador, notebook (TOKARNIA, 2020).

Após um ano do início da pandemia, o Brasil registrou no mês de junho/2021 mais de 500 mil mortes por COVID-19. Os dados são obtidos pelos veículos de imprensa a partir do boletim diário fornecido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sobre o número de casos e óbitos. Ademais, a média móvel de óbitos se mantém acima de 2 mil por dia. Diante desses dados e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o país está em segundo lugar na lista de países com maiores óbitos por essa doença no mundo. Em primeiro lugar estão os Estados Unidos e o terceiro lugar é ocupado pela Índia (CARTACAPITAL, 2020; DOLIVEIRA, 2021).

Em situação de isolamento social, os problemas na saúde mental se acentuaram consideravelmente, tanto aqueles desenvolvidos pela própria dinâmica da pandemia, quanto para agravamento daqueles sujeitos que possuíam essas questões de saúde.

Segundo o Guia de Saúde Mental Pós-Pandemia no Brasil (2020, p. 15-16), a partir de estudos, os rebatimentos da pandemia podem ser mensurados de acordo com 4 ondas; a primeira está relacionada “[...] à sobrecarga imediata sobre os sistemas de saúde em todos os países que tiverem que se preparar às pressas para o cuidado dos pacientes graves infectados pela Covid-19.” Diante do surto inicial com grandes percentagens de gravidade, durante todo ano de 2020 a ênfase de notícias, estudos e informações estava direcionada para o isolamento social e enrijecimento de medidas para evitar aglomeração de pessoas. Com relação a segunda onda, trata-se da “[...] diminuição de recursos na área da saúde para o cuidado com outras condições clínicas agudas, devido ao realocamento da verba para o enfrentamento da pandemia”. Era divulgado que muitos estados do país receberam verbas direcionadas para ampliação de leitos de UTI’s em hospitais, assim como para montagem de hospitais de campanha. Ao tratar dos aspectos da terceira onda, esta “[...] tem relação com o impacto da interrupção nos cuidados de saúde de várias doenças crônicas”. E, sobre o aumento alarmante de questões de saúde mental, há a quarta onda, que engloba “[...] transtornos mentais e do trauma psicológico provocados diretamente pela infecção ou por desdobramentos secundários”.

Sobre os desdobramentos supramencionados, podemos citar para além dos casos de infecção de casos leves e casos graves, as inúmeras sequelas deixadas após término do período considerado que o vírus está ativo no organismo. Pontua-se também, traumas ocasionados pela perda de entes queridos e a vivência do processo de luto dentro dessa conjuntura que modifica uma dinâmica estabelecida historicamente ao impor “[...] dificuldade para realizar os rituais de despedida, dificultando a experiência de luto e impedindo a adequada ressignificação das perdas, aumentando o estresse” (GUIA DE SAÚDE MENTAL PÓS-PANDEMIA NO BRASIL, 2020).

Nesse sentido, constata-se que

O aumento dos sintomas psíquicos e dos transtornos mentais durante a pandemia pode ocorrer por diversas causas. Dentre elas, pode-se destacar a ação direta do vírus da Covid-19 no sistema nervoso central, as experiências traumáticas associadas à infecção ou à morte de pessoas próximas, o estresse induzido pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social ou pelas consequências econômicas, na rotina de trabalho ou nas relações afetivas e, por fim, a interrupção de tratamento por dificuldades de acesso (GUIA DE SAÚDE MENTAL PÓS-PANDEMIA NO BRASIL, 2020).

As pessoas podem vivenciar todos esses aspectos sociais, econômicos, físicos e mentais simultaneamente, o que torna um agravante para um ponto já mencionando no decorrer deste trabalho: trata-se do agravamento e/ou desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais.

Analisando a partir da perspectiva de gênero, compreende-se que os papéis atribuídos ao gênero feminino representam as consequências da reprodução dos valores patriarcado e machismo na sociedade, assim como intensificam imposições de como uma pessoa deste gênero deve ser. Nesse sentido, acresce que

[...] 88% das mulheres ainda são responsáveis pelos afazeres domésticos, o que dificulta a inserção, em condições igualitárias, da população feminina na esfera pública — isto é, no mercado de trabalho ou na política institucional e comunitária”. Além disso, “[...] tendo isso em vista, o papel social associado ao gênero feminino de cuidadoras da prole e do lar ainda impede que as mulheres usufruam das mesmas oportunidades que os homens (ROSSI, 2020, *online*).

Outro ponto que merece destaque nesta análise trata-se de um conjunto de fatores sociais e econômicos que se relacionam com o contexto da pandemia, a saber, questões de violência doméstica e intrafamiliar, desemprego que acarreta o aumento das condições de trabalho

informal, aumento exorbitante dos valores de produtos alimentícios, eletrodomésticos, contas de água e energia, entre outros fatores. Nesse sentido, cabe complementar que

Porém, mais de 1 ano depois do início da pandemia no Brasil, não se pode perder de vista que o país tem convivido com um quadro perverso que combina diversas formas de violência, índices muito baixos de isolamento social, mesmo com o recrudescimento da pandemia em todo o país, e altos níveis de desemprego e perda e/ou diminuição de renda – trazendo milhões de brasileiros e brasileiras de volta à linha da extrema pobreza. Além disso, a permanência maior de crianças dentro de casa, em função do fechamento das escolas, também contribuiu para o aumento da carga doméstica de trabalho, uma tarefa socialmente imposta à mulher (FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2021, p. 8)

Desse modo, “[...] a crise sanitária só torna o seu enfrentamento ainda mais difícil: mulheres convivendo mais tempo com seus agressores em casa, maior isolamento da mulher e consequentemente distanciamento de uma potencial rede de proteção” (ONU MULHERES, 2020; RAUHAUS et al, 2020 *apud* FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2021, p. 9).

O surgimento e/ou aprofundamento das condições que envolvem o adoecimento mental da população engloba um conjunto de elementos sociais, políticos e econômicos. Se faz necessário pensar e repensar políticas públicas para o que seria uma nova questão de saúde pública que desencadeia diversas consequências de saúde física e mental da sociedade.

O capítulo seguinte apresenta o estado da arte e do conhecimento das produções acadêmicas no campo do Serviço Social brasileiro relacionadas as categorias de gênero e saúde mental bem como seu entrelaçamento fomenta perspectivas de novas discussões e temáticas para a produção do conhecimento.

4 O ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL NO CAMPO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

Este capítulo apresenta os resultados das pesquisas no Banco de Teses e dissertações da CAPES referente as produções dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social que apresentam relação dos temas de gênero e saúde mental. Em seguida, foi realizada pesquisa referente as produções de cada um desses temas supracitados, separadamente com vistas a ampliar o conhecimento referente aos objetos e enfoques abordados por acadêmicos de pós-graduação no Brasil.

4.1 PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO PORTAL CAPES RELACIONADAS AO TEMA GÊNERO E SAÚDE MENTAL (2014-2019)

O mapeamento sobre as produções do conhecimento desenvolvidas que apresentam relação sobre gênero e saúde mental no Serviço Social foi realizado no mês de abril/2021. Inicialmente, utilizou-se as palavras-chave “GÊNERO” AND “SAÚDE MENTAL” digitalizadas em letras maiúsculas, sem acento e entre parênteses no Banco de Teses de Dissertações da CAPES, obtendo o resultado de 470 trabalhos.

Diante desse universo, foram aplicados filtros para refinar a pesquisa: tipo (mestrado e doutorado), ano (para esse tipo de busca estava disponível outros anos fora do limite demarcado para esta pesquisa. No entanto, dentro do limite temporal de 2017-2020 *a priori* determinado na metodologia, foi possível selecionar/incluir apenas o ano de 2017 inicialmente, após essa tentativa de inclusão dos quatro anos determinados; Ciências Sociais Aplicadas foi incluída enquanto Grande área do conhecimento; área de conhecimento e avaliação Serviço no Social. Desse modo, a partir dessas determinações foram localizados 3 trabalhos, a saber, 2 dissertações em Serviço Social e 1 dissertação em desenvolvimento econômico.

Ressalta-se que a tentativa de adicionar os anos de 2018, 2019 e 2020 posteriormente para a busca não estava disponível no filtro e por essa questão, foi necessário adaptar a busca modificando o recorte temporal. Diante disso, observou-se que a identificação dos trabalhos se desenvolvia de maneira mais fluída quando a busca era realizada colocando um ano por vez, assim, a possibilidade de adicionar a grande área de conhecimento nas Ciências Sociais Aplicadas se tornava possível. A partir disso, ao colocar o ano de 2016 com os mesmos filtros anteriores em relação as áreas do conhecimento, foram identificados 4 trabalhos: 1 tese de

doutorado em Serviço Social e 3 dissertações, sendo estas 1 na área de Comunicação e 2 em Serviço Social.

No ano de 2015 foram identificadas 2 dissertações em Serviço Social; e no ano de 2014 o mesmo quantitativo, a saber, 1 dissertação na área de Direito e 1 em Serviço Social. Ante o exposto, percebe-se que o marco temporal precisou ser adaptado de acordo com o movimento realizado para busca dos trabalhos no catálogo da CAPES, modificando-se de 2017-2020 para 2014-2019. Destaca-se a realização de uma segunda busca utilizando as mesmas palavras-chave anteriores, com a adição do acento gráfico: encontrada uma tese de doutorado em Serviço Social do ano de 2019.

Cabe ressaltar que, a partir da análise do título dessas 12 produções encontradas, observou-se que 9 produções apresentam gênero e saúde mental especificamente no título e as 3 produções restantes apresentam os dois temas, mas acompanhadas de outros temas correlatos. Diante desse universo, 3 produções não serão consideradas na amostragem, a saber, das áreas de comunicação, direito e desenvolvimento econômico uma vez que o foco do mapeamento está voltado para produções no campo da pós-graduação em Serviço Social.

Diante disso, para este estudo, foram selecionadas e analisadas de maneira mais específica as 6 produções acadêmicas supracitadas, sendo estas teses e dissertações de Programas de Pós-graduação, tendo em vista que as mesmas tratam das temáticas relacionadas com o objeto estudado pela autora desta pesquisa. Para melhor entendimento, pode-se visualizar a organização das produções por tipo de documento, autoria, ano, tema abordado, palavras-chave, conceitos principais, a partir do quadro 1 a seguir.

Quadro 1- Produções do Serviço Social que apresentam relação entre gênero e saúde mental

Tipo	Prog.	Autor	Ano	Título	Objetivo
Tese	Serviço Social	BOLZAN, LIANA DE MENEZES	2019	# SOB O FIO DA NAVALHA: a saúde mental das mulheres a partir da perspectiva de classe social, gênero e raça/etnia	“[...] analisando como se expressam as categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social na produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres e nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde mental [...]”

Dissertação	Serviço Social	SANTOS, THALYTA RAYANNA FONTES ROCHA	2017	AS RELAÇÕES DE TRABALHO E DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS AD NO MUNICÍPIO DE ARACAJU	“[...] consiste em trazer à tona do campo da produção do conhecimento as relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju” (p. 16).
Dissertação	Serviço Social	JUNIOR, ROBERTO DA CRUZ FONSECA	2017	AS EXPERIÊNCIAS SOCIAIS DE IDOSOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA	“[...] Conhecer as experiências sociais das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas em relação ao atendimento realizado nos CAPS no ano de 2016, a fim de qualificar e ampliar o atendimento prestado em municípios de fronteira do Rio Grande do Sul” (p. 15).
Tese	Serviço Social	PASSOS, RACHEL GOUVEIA	2016	TRABALHADORAS DO CARE NA SAÚDE MENTAL: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino	“retratar o cuidado feminino como trabalho e sua profissionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira no cenário contemporâneo” (p. 18).
Dissertação	Serviço Social	PASSOS, SIMONE MARÇAL BRASIL dos.	2016	MULHERES/MÃES USUÁRIAS DE CRACK: HISTÓRIAS DE DESPROTEÇÃO SOCIAL	“[...] discutir as trajetórias e analisar as ações de cuidado que foram promovidas para que os direitos humanos de mulheres/mães usuárias de crack, que foram afastadas de seus bebês após o parto, fossem garantidos, com base nos seus relatos pessoais” (p. 13).
Dissertação	Serviço Social	SILVA, TALANDSIA	2016	EVAS E A DROGA: um estudo sobre as mulheres usuárias de	“[...] verificar as possibilidades e as dificuldades das

		LUCIA MACEDO DA		crack da colônia penal feminina do bom Pastor Recife/PE	usuárias de crack da colônia Penal Feminina do Bom Pastor à procura e a efetivação de tratamento para dependência química antes e após detenção, relacionando a questões de gênero” (p. 14).
Dissertação	Serviço Social	BOLZAN, LIANA DE MENEZES	2015	ONDE ESTÃO AS MULHERES? A HOMOGENEIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER QUE FAZ USO DE DROGAS	“[...] analisar como as políticas de saúde e de saúde mental abordam as transversalidades de gênero referentes às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para esse segmento” (p. 7).
Dissertação	Serviço Social	XAVIER, FRANCISCO COULLANGES	2015	O Ocaso do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho: relatos de uma experiência de Desinstitucionalização Manicomial	“Realizar um estudo histórico sobre o processo de fechamento do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, localizado na capital do Rio de Janeiro, bem como realizar dois estudos de casos de pacientes da instituição em processo de desinstitucionalização, no período compreendido entre 2010 e 2013” (p. 25).
Dissertação	Serviço Social	GOULART, DANIELA CRISTINA SOARES	2014	REDES DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: uma interface com as políticas públicas intersetoriais	“analisar as redes de apoio voltadas às famílias no contexto da dependência de álcool e outras drogas em um município de pequeno porte, realizando uma interface com as políticas públicas intersectoriais” (p. 16).

Fonte: Elaboração da autora.

No entanto, foi realizada uma segunda busca de modo a “confirmar” mais uma vez, se as produções encontradas estavam de acordo com os critérios. Nesse momento, utilizou-se na busca as palavras-chave “*gênero*” and “*saúde mental*” digitalizadas em letras maiúsculas, mas dessa vez com acento e entre parênteses no Banco de Teses de Dissertações da CAPES, obtendo o resultado de 470 trabalhos novamente.

O diferencial nessa fase de busca consiste que com a adição do acento gráfico foi possível adicionar no filtro relacionado ao ano mais de um por vez, ou seja, 2017-2020 inicialmente determinado. A partir disso, verificou-se o resultado de 03 trabalhos: apenas dois do ano de 2017 já citados anteriormente e apresentados no quadro 01 e apenas um novo trabalho foi identificado, a saber, do ano de 2019 (também incluído no quadro 01) que corresponde a uma tese de doutorado em Serviço Social. Cabe ressaltar que, não foram encontradas produções correspondentes aos anos de 2018 e 2020.

Partindo para a análise das contribuições propostas por essas produções para o campo do Serviço Social, Santos (2017) apresenta um estudo sobre as relações de trabalho e gênero voltado para o olhar dos profissionais atuantes no CAPS especializado em atendimento para usuários de álcool e outras drogas na cidade de Aracaju. O trabalho foi estruturado a saber, sobre a contextualização do uso de drogas enquanto expressão da questão social na contemporaneidade; elementos sobre a Política de Saúde Mental; categoria trabalho, gênero e questão social; contexto sobre a utilização de drogas na população feminina e por fim, os elementos extraídos no âmbito do CAPS *locus* da pesquisa.

Enquanto universo da pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que integraram a equipe de referência da instituição e que possuíam o ensino superior enquanto escolaridade, totalizando o quantitativo de nove entrevistados. Cabe ressaltar que as mulheres compunham a maioria do universo da pesquisa e todos receberam nomes fictícios. Constatou-se que grande parte desses profissionais possuía experiência na área de saúde mental tanto pelo tempo de atuação na política quanto pelo tempo próprio de atuação em outros CAPS. Além disso, este fator torna-se de extrema importância para o entendimento do papel atuante dessa instituição enquanto foco de atendimento para álcool e outras drogas.

Outro destaque trata da necessidade com relação ao foco da educação continuada, pois, desse modo torna-se “[...] um importante instrumento para a melhoria e qualidade das ações profissionais com foco em álcool e outras drogas, assim como para o debate sobre assuntos transversais à política, como a questão de gênero” (SANTOS, 2017, p. 109).

Ressalta-se que, a partir das falas dos profissionais, estes entendem que não há apenas um fator que possa ser considerado decisivo para explicar o abuso no uso de drogas, ou seja, há um conjunto de fatores que compõem esse contexto. Nesse sentido, ao analisar determinado relato de um profissional, a autora compreende que

homens tendem a iniciar e desencadear o uso problemático de drogas devido às perdas materiais, que significam aquelas associadas ao mundo do trabalho, ou seja, atividades pertencentes aos papéis socialmente atribuídos de que o homem é o provedor da família, é aquele que consegue sucesso na carreira profissional; já as mulheres utilizam as drogas como um subterfúgio, principalmente quando o fator responsável pela perda não é compartilhado e tratado previamente, a exemplo de violências domésticas, desproteção (SANTOS, 2017, p. 109-110).

Logo, pode-se inferir que os diversos fatores que desencadeiam o uso de drogas estão contextualizados por questões sociais, econômicas e culturais inerentes a sociedade e que apresentam rebatimentos na sociabilidade dos indivíduos. Cabe pontuar também que os profissionais destacaram certas dificuldades para consolidação do atendimento de cunho integral aos usuários demandantes que estão centrados desde o desconhecimento do serviço ofertado ao julgamento e preconceito com essas pessoas que fazem uso de drogas. A autora reafirma a disparidade da procura dos serviços entre homens e mulheres, e estas, sofrem em quantitativo bem maior a discriminação social pela sua condição. Diante disso, entende-se que essas usuárias estão expostas a maior vulnerabilidade para além das drogas bem como a violência doméstica e intrafamiliar, condições de pobreza e questões culturais que muitas vezes são impedimento para que essa mulher busque os serviços de atendimento.

Nessa mesma linha de estudo sobre álcool e outras drogas, Bolzan (2015) traz em seu estudo a compreensão acerca do local da mulher com relação ao serviço de saúde ofertado para usuárias de drogas. A composição da sua pesquisa está pautada na compreensão dos papéis sociais atribuídos às mulheres; simbologia mitológica da criação; relação entre gênero e saúde; aspectos sobre o uso de drogas como está abordado a transversalização de gênero nas políticas de saúde mental. Com relação ao universo da pesquisa, está voltado para as vivências de usuários e profissionais da política de saúde mental voltada para o uso de álcool e outras drogas, com o recorte espacial nos locais que compõem a rede de atendimento de saúde mental no município de Porto Alegre, a saber, Consultório de Rua, CAPS AD e Hospital Materno Infantil. No total, são 24 pessoas neste universo.

A coleta de dados se deu a partir de grupos focais no Consultório de Rua e no CAPS AD; no âmbito do Hospital Materno foram realizadas entrevistas assim como nos três espaços, porém com uma usuária em cada.

Bolzan (2015) reafirma que as mulheres estão mais vulneráveis aos estigmas impostos pela sociedade no que diz respeito ao uso de drogas do que as pessoas do gênero masculino. Sobre esse fator, ressalta-se que os papéis atribuídos socialmente ao gênero feminino reforçam a consolidação desses estigmas assim como desqualificam a importância na atenção ao cuidado com a saúde mental e nesse âmbito, sobre o uso abusivo de drogas. Diante disso, considera-se um dos múltiplos fatores para a disparidade na busca por atendimento especializado.

Assim como Santos (2017), Bolzan (2015) ao analisar as falas dos sujeitos de sua pesquisa, em ênfase e os trabalhadores/profissionais, constatou que em sua maioria esses sujeitos confirmavam que as mulheres eram número ínfimo na procura por atendimento da rede de saúde mental, ou seja, é algo presente na realidade concreta vivenciada pelos profissionais atuantes nesses espaços. Alguns profissionais demonstraram não saber explicar a causa dessa baixa estatística feminina nos serviços, mas diante disso, as falas divergem no sentido de compreender as singularidades das usuárias em seu atendimento assim como aqueles que compreendem a perspectiva de gênero sobre o uso e abuso de drogas na sociedade.

Ressalta-se que ao entrevistar as usuárias, a autora captou que as mesmas não proferiam em seus relatos sobre as condições de violência vivenciadas, fator que foi abordado por diversos profissionais em suas entrevistas. Desse modo, cabe pontuar que ouvir as vivências das usuárias enriquece a pesquisa de modo a proporcionar um olhar totalmente diferenciado para as condições de vida que perpassam essas mulheres, seja o uso das drogas, situação de violência doméstica e intrafamiliar, situação de rua e condições econômicas.

Ainda sobre o recorte do uso de drogas, o estudo de Passos (2016) apresenta enfoque sobre as mulheres que são mães usuárias de crack. A organização do trabalho está voltada, a saber, para o papel social da mulher enquanto mãe a partir de um recorte de gênero; sua condição de pobreza; desenvolvimento desse papel na educação dos seus filhos; contextualização sobre a proteção social; condições de pobreza da população e o uso de drogas enquanto fator decisivo em casos de mãe e bebês que são separados. O universo da pesquisa contemplou entrevistas com três (03) mulheres que estavam sobre ameaça de afastamento de seus bebês no período pós-parto.

Ademais, também foram entrevistadas duas profissionais, uma assistente social atuante no Consultório de Rua e uma psicóloga que compunha a equipe de um espaço chamado Proximidade, além da sua atuação enquanto pesquisadora universitária. Com relação às usuárias

entrevistadas, uma delas informou apresentar um transtorno mental, além de fazer uso de drogas. Os relatos demonstraram vivências permeadas por diversos tipos de violência e pobreza. Esses fatores foram reforçados pela fala contida na entrevista com a profissional de Serviço Social sobre a realidade social de seu espaço de trabalho. Além dessas questões, a autora sobre as relações de mercadoria

Depreende-se da pesquisa que o caráter de troca e de valor de mercadoria intrínseco ao consumo de drogas não são levados em consideração. Usar drogas significa também fazer a troca de uma mercadoria com valor estimado, além da comercialização para obtê-la (PASSOS, 2016, p. 110).

Importante trazer à luz essa reflexão, pois destaca-se dos demais estudos sobre drogas apresentados neste artigo. Além disso, também pode-se extrair falas sobre aspectos além do uso de drogas, assim como sobre saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres que não faziam ou faziam o uso dos métodos contraceptivos de maneira incorreta, o que acarreta na sua própria exposição e também do bebê às infecções sexualmente transmissíveis – IST.

4.2 PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO PORTAL CAPES RELACIONADAS AO TEMA SAÚDE MENTAL (2017-2020)

A presente subseção traz o resultado o percurso metodológico realizado para localizar as produções acadêmicas em nível de teses e dissertações sobre a produção do conhecimento relaciona ao tema de Saúde Mental na área de Serviço Social.

Nesse sentido, o mapeamento no banco de dados da CAPES revelou o total de 66 trabalhos a partir do recorte temporal 2017-2020. A palavra-chave utilizada foi saúde mental, em letras minúsculas e os mesmos filtros das buscas anteriores também foram aplicados. A partir desse universo, os critérios para análise dos títulos foram: *1) trabalhos com título sobre saúde mental e temas correlatos na área do Serviço Social; 2) trabalhos com título de saúde mental e temas correlatos em outras áreas do conhecimento e 3) trabalhos que versam sobre a temática de saúde, mas não apresentam enquanto centralidade a abordagem da saúde mental.*

Desse quantitativo, foi possível identificar que o primeiro critério apresenta 38 trabalhos sendo estas 11 teses de doutorado e 27 dissertações de mestrado; o segundo critério revelou o total de 19 trabalhos, o que corresponde 12 dissertações de mestrado e 7 teses de doutorado nas áreas de políticas públicas e desenvolvimento social, política social, políticas públicas, política social e direitos humanos.

Com relação ao tema de saúde, a partir dessa busca, foram localizados 9 trabalhos na área de Serviço Social que não tratam do enfoque sobre saúde mental.

Diante disso, optamos por apresentar os dados referentes ao critério 1 que correspondem a “trabalhos com título sobre saúde mental e temas correlatos na área do Serviço Social” dispostos no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Teses e Dissertações no Serviço Social relacionadas ao tema Saúde Mental

Tipo	Ano	Título	Autor	Prog.	Instituição
Dissertação	2017	ENTRE PEDRAS, PROSTITUIÇÃO E LAMAS: um estudo sobre as experiências das usuárias de crack no bairro de santo amaro, Recife/PE'	ASSIS, MERCIA CRISTINA DA SILVA	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
Dissertação	2017	“DOS HOSPÍCIOS ÀS RUAS”: (re)pensando os direitos para as pessoas com transtorno mental à luz do projeto ético político do serviço social	AZEVEDO, LILIANE DE MACEDO	Serviço Social e Direitos Sociais	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Tese	2017	A ATENÇÃO INSTITUCIONAL AS PESSOAS QUE USAM DROGAS: tratamento ou punição?	CAZANOVA, RICARDO FLORES	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS
Tese	2017	A PRÁTICA SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	FERNANDES, JULIANA CRISTINA	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUCSP
Dissertação	2017	AS EXPERIÊNCIAS SOCIAIS DE IDOSOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA	JUNIOR, ROBERTO DA CRUZ FONSECA	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS
Tese	2017	A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA:	MAIA, JULIANA		UNIVERSIDADE FEDERAL DE

		avanços e desafios na implementação da rede de atenção psicossocial em PICOS-PI	BARBOSA DIAS	Serviço Social	PERNAMBUCO – UFPE
Dissertação	2017	A REFORMA PSQUIÁTRICA E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ	OGLIO, ANGELA DALL	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
Dissertação	2017	A FUNÇÃO SOCIAL DAS “DROGAS” NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: uma análise do serviço social nos CAPS AD de Natal/RN	PINHEIRO, SAMYA KATIANE MARTINS	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Dissertação	2017	FAMÍLIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA CONTEMPORANEIDADE: o lugar da família na política sobre drogas'	ROCHA, GLEYCA THYES DA SILVA ROMEIRO	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Dissertação	2018	O USO DE DROGAS ENTRE TRABALHADORES: um estudo de revisão'	BAIAO, ANA PAULA FARIA	Serviço Social	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Dissertação	2018	CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE OS POSSÍVEIS DANOS ASSOCIADOS À EXPOSIÇÃO FETAL AO ÁLCOOL: uma avaliação intermunicipal.	BAKARGI, GISELLE MORAIS LIMA	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO (FRANCA)
Dissertação	2018	NO RITMO DA ESTEIRA: análises sobre alienação e adoecimento mental dos trabalhadores fabris	CAMPOS, MAIARA REIS	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Dissertação	2018	O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO HC- UFTM: demandas sociais e respostas profissionais	FERNANDE, TATIANE CAMPOS	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO

					DE MESQUITA FILHO (FRANCA)
Tese	2018	ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio De Janeiro	FERREIRA, DEBORA DE SOUZA SILVA	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
Dissertação	2018	DESMEDIDA DO CAPITAL: a degradação da saúde mental de servidores públicos em uma capital brasileira'	PINTO, ELIANA BELLINI	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Dissertação	2018	AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL	RACHADEL, MATHEUS BERNARDES	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Dissertação	2018	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS REBATIMENTOS SOBRE AS FAMÍLIAS ATENDIDAS NOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ'	SALVALAGIO, ANA ROSA	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA
Tese	2018	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E O “TÉCNICO DE REFERÊNCIA”: possibilidades de uma atuação crítica?	TOMAZ, CRISTIANE SILVA	Serviço Social	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Dissertação	2018	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: tendências do exercício profissional em João Pessoa/PB'	VIEIRA, ELISABETE VITORINO	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
Dissertação	2019	POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: (im)possibilidades da reforma psiquiátrica no capitalismo brasileiro'	AGUIAR, LAUREM JANINE PEREIRA DE	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS

Dissertação	2019	SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: o protagonismo das conferências nacionais de saúde e de saúde mental'	ALVES, ISADORA DE SOUZA	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO (FRANCA)
Dissertação	2019	ALTERAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A EXPANSÃO DO PODER PUNITIVO: drogas, comunidades terapêuticas e modelos de cuidado'	ARAUJO, RAQUEL COELHO CORREA DE	Serviço Social	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Tese	2019	SOFRIMENTO E DESGASTE MENTAL ENTRE TRABALHADORES DA MINERAÇÃO DE FERRO NA CIDADE DE MARIANA/MG	CARMO, ROBERTO COELHO DO	Serviço Social	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Dissertação	2019	O ATENDIMENTO À SAÚDE DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E DE SEUS FILHOS RECÉM-NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL'	DALPIAZ, ANA KELEN	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
Dissertação	2019	O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA: um estudo sobre o trabalho coletivo em saúde	FONSECA, ADRIANA PEREIRA DA	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
Tese	2019	Crise em Saúde Mental: uma análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Barra Mansa/RJ	MELO, ANASTACIA MARIANA DA COSTA	Serviço Social	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Tese	2019	A inserção profissional dos assistentes sociais nas	PEDRON, CAMILA	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA

		comunidades terapêuticas no estado de Santa Catarina	BIRIBIO WOERNER		CATARINA – UFSC
Dissertação	2019	A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: um estudo acerca dos limites e possibilidades no município de campina grande - paraíba	SILVA, BERENICE LIRA DA	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
Dissertação	2019	O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise das tendências no governo de Michel Temer	SILVA, MAYARA DUARTE	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
Tese	2019	O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS – AD) NOS MUNICÍPIOS DE SANTO ANDRÉ E DIADEMA (SP): desafios para a atuação profissional'	SILVA, SILVIA MOREIRA DA	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUCSP
Dissertação	2020	PROCESSOS POLÍTICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ITÁLIA E NO BRASIL: um mosaico de inúmeras injunções	CALANDRINI, IGOR COLLYER LIMA	Serviço Social	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Dissertação	2020	TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS: facetas da precarização em uma instituição federal de ensino superior	CARLOTO, ANDREA FAO	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS
Tese	2020	CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE: o lugar das Comunidades Terapêuticas	CLEMENTE, MARCIA DA SILVA	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
Dissertação	2020	Capitalismo, saúde mental e políticas sobre drogas: uma			

		análise das tendências para o tratamento dos sujeitos'	COSTA, ROSIANE OLIVEIRA DA	Serviço Social	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
Dissertação	2020	A (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: desdobramentos e tendências no cenário de regressividade e destruição dos direitos sociais'	FERREIRA, NAYARA LUCIA	Serviço Social	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Dissertação	2020	SERVIÇO SOCIAL, (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E RELIGIOSIDADE EM SAÚDE MENTAL'	MAGALHAES, VINICIUS PINHEIRO DE	Serviço Social	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
Dissertação	2020	O TRABALHO PROFISSIONAL DA ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS CAPS AD NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	TAVARES, PRISCILLA DOS SANTOS PEIXOTO BORELLI	Serviço Social	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ

Fonte: Elaboração da autora.

A partir desse preâmbulo, apresentamos breves considerações a respeito das produções encontradas com o objetivo de compreender as temáticas abordadas nestes trabalhos.

No ano de 2017 podemos observar entre as produções de teses e dissertações em Serviço Social nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil. Com relação as temáticas estudadas, podemos destacar: as experiências de usuárias no uso de crack; os direitos referentes às pessoas com transtorno mental; constituição dos serviços institucionais ofertados às pessoas que usam drogas; a política de saúde mental em âmbito social; experiências de idosos usuários de álcool e outras drogas; dimensões da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; o papel e inserção da família das pessoas com transtornos mentais em espaços de acolhimento e serviços de saúde mental; além da dinâmica das drogas no modo de produção capitalista.

Em 2018 as produções acadêmicas concentram-se também nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste assim como o ano de 2017. No entanto, existem outras temáticas abordadas para a produção do conhecimento, a saber: trabalhadores e uso de drogas; o adoecimento mental e a

alienação no âmbito do trabalho em fabricas; os rebatimentos na saúde de fetos devido o uso de álcool; contexto do trabalho profissional do assistente social em um Hospital de Custódia – HC; a questão espiritual e religiosa em instituições de cunho protestante no acolhimento de usuários de drogas; rebatimentos e dinâmica de exploração massiva do capital na saúde mental de servidores públicos; dimensões de atuação do assistente social na saúde mental. Ademais, é notório que a temática do trabalho foi abordada em diversos enfoques tanto do Serviço Social quanto de outras profissões exploradas pela lógica capitalista de produção.

No que diz respeito ao ano de 2019, encontramos temas referentes ao contexto da Reforma Psiquiátrica na sociedade capitalista; trabalho do assistente social em consultório de rua e o papel das comunidades terapêuticas enquanto espaços sócio-ocupacionais de atuação. Constatamos a predominância dessas produções no Sul e Sudeste do país.

Em 2020 as teses e dissertações versam sobre a precarização do trabalho e o processo de adoecimento mental de servidores no ensino superior; reconfiguração da saúde mental; religiosidade em saúde mental e o trabalho de assistentes sócias em CAPS AD. Estes temas foram trabalhados no âmbito dos programas de pós-graduação nas regiões Centro-oeste, Nordeste, Sul e Sudeste.

Para nível de conhecimento, também foi realizada busca no Banco da CAPES também no período abril/2021 com a palavra-chave gênero e utilização dos filtros para refinar a pesquisa: tipos (tese e dissertação), ano 2017-2020, grande área do conhecimento: ciências sociais aplicadas, área do conhecimento e avaliação: serviço social. A partir dessa busca obteve-se o resultado de duzentos (212) trabalhos.

Consideramos importante apresentar esses dados referentes às produções acadêmicas CAPES relacionadas ao tema Gênero 2017-2020, mesmo que tais produções não se tornaram foco de análise na presente pesquisa, visto que, o percurso metodológico buscou caminhar para o universo relacionado as produções que versam sobre o entrelaçamento do tema gênero e saúde mental e como supramencionado, as temáticas de saúde mental relacionadas ao Serviço Social.

Diante desse quantitativo, foi realizada a separação desses trabalhos a partir dos seguintes critérios: *1) trabalhos com título sobre gênero e temas correlatos na área do Serviço Social; 2) trabalhos com título de gênero e temas correlatos em outras áreas do conhecimento e 3) trabalhos com título que não aborde a temática de gênero.*

No que diz respeito ao primeiro critério aplicado, constata-se o quantitativo de 107 trabalhos correspondentes. O segundo critério apresenta 65 trabalhos com a temática de gênero nas seguintes áreas: políticas públicas e desenvolvimento social, política social, políticas públicas, economia doméstica, política social e direitos humanos, política social e Serviço

Social. O terceiro critério revelou 43 trabalhos com títulos que não correspondem com a temática estudada nesta pesquisa.

Podemos constatar que alguns dos temas se relacionam, no entanto, possuem objetos de pesquisa e enfoques diferentes de acordo com o contexto e dimensões estudadas pelos autores. Cabe reconhecer a partir dos dados extraídos na CAPES que a temática da saúde mental vem sendo trabalhada no campo do Serviço Social de maneira ampla e com temas de profunda perspectiva crítica nos programas de pós-graduação. Mas, não somente de maneira ampla, também observamos um crescimento desses estudos nos programas tanto a respeito da saúde mental em si, do tema gênero e correlatos.

5 ADOECIMENTO MENTAL DA POPULAÇÃO NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

Apresentamos nesse capítulo, os resultados da consulta aos dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente a categoria Morbidade Hospitalar do SUS – (Geral, por local de residência a partir de 2008), por local de Residência - Sergipe e suas respectivas variáveis: capítulo CID-10, sexo, faixa etária, cor/raça e transtornos mentais e comportamentais individualmente.

Em 1991, a partir do decreto 100 de 16 de abril de 1991, surge o banco de DATASUS com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Assim, esse banco é responsável pelo provimento dos órgãos referentes aos sistemas de informação e aquelas que realizam suporte na área de informática do SUS. Ademais, ressalta-se que ao longo dos seus mais de 30 anos de criação, o DATASUS promoveu o desenvolvimento de diversos sistemas que fornecem auxílio ao Ministério da Saúde.

A estrutura permite o armazenamento de dados referentes a saúde da população do Brasil cuja missão está direcionada para a modernização tecnológica de informação de modo a fornecer apoio do SUS.

A análise desses dados extraídos para a construção da pesquisa teve o apoio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM para subsidiar as definições dos transtornos agrupados no CAP CID-10 disponíveis no DATASUS. No entanto, cabe sinalizar que concordamos com Zanello (2014) no que diz respeito aos questionamentos sobre o que seria um transtorno mental e sua forma de diagnóstico, visto que é utilizado enquanto critério de classificação para o DSM. Segundo a autora, esse documento apresenta “[...] um pressuposto epidemiológico [...] calcado em uma ideia de síndrome, provinda do pensamento médico” (ZANELLO, 2014, p. 42).

Assim, conforme mencionado, a utilização desse aporte teórico está ancorada em perspectivas de desmistificar e correlacionar suas definições com o contexto da população aracajuana e com outros aportes teóricos que apresentem reflexões sobre o processo de adoecimento mental.

Diante disso, compreendemos que “[...] O sofrimento psíquico deve ser compreendido assim em toda sua complexidade, na qual os aspectos sociais e históricos específicos do sujeito confluem. Dentre estes aspectos importantes na constituição dos sujeitos, temos as relações de gênero” (ZANELLO, 2014, p. 44).

5.1 RAÇA/COR

A pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD referente aos anos de 2012-2019 revela dados que indicam que 9,4% total da população residente no país se declarou na cor preta e 46,8% correspondiam ao quantitativo de pessoas pardas.

Martins (2012, p. 13) inclui que as categorias ‘pardos(as)’ e ‘pretos(as)’ compõem a classificação de “negros” ao delinear o estudo a partir do

[...] entendimento de que tanto os(as) pretos(as) quanto os(as) pardos(as) sofrem a mesma discriminação racial, não apresentando, portanto, conforme constata Carlos A. Hasenbalg e Nelson do Vale Silva, diferenças substantivas entre a situação socioeconômica dos(as) pretos(as) e dos(as) pardos(as)”.

Na Tabela 1 apresentada a seguir observa-se que o marcador de raça/cor nas internações por transtornos do sexo feminino demonstra que a cor preta dispõe apenas do quantitativo de 1,08% que corresponde a 9 casos em sua totalidade. Outro dado que merece destaque trata-se da cor parda enquanto segundo maior percentual nesse universo, totalizando 22,29% de casos.

Tabela 1– AIH aprovadas por Raça/cor e Ano de processamento – Sexo Feminino

Cor/raça	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Branca	3	0,36%	0	0,00%	3	0,36%	1	0,12%	7	0,84%
Preta	1	0,12%	1	0,12%	2	0,24%	5	0,60%	9	1,08%
Parda	58	6,99%	59	7,11%	49	5,90%	19	2,29%	185	22,29%
Amarela	4	0,48%	2	0,24%	4	0,48%	3	0,36%	13	1,57%
S/ Info.	179	21,57%	171	20,60%	156	18,80%	110	13,25%	616	74,22%
Total	245	29,52%	233	28,07%	214	25,78%	138	16,63%	830	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: S/ Info: Sem informação

Em contrapartida, a categoria sem informação apresenta maior quantitativo nesses dados. Infere-se algumas possibilidades para o contexto que dinamiza a produção desse dado, a saber, a depender do estado de saúde mental em que se encontram os usuários no momento de preenchimento dessas informações pelos profissionais de saúde no atendimento, esse quesito não é considerado enquanto prioridade. Além disso, se o usuário estiver na dinâmica de surto grave, sem condições de manter diálogo com profissionais, esse papel é atribuído a algum familiar e/ou responsável. Nesse contexto, as informações principais são priorizadas para

construir um diagnóstico ou dimensionar o tipo de atendimento necessário, focalizando nas questões como sintomas e sua trajetória, histórico familiar, uso de medicamentos ou possíveis causas para o desencadeamento do adoecimento mental. Ou seja, configuram-se cenários de não importância a perspectiva de raça.

Nesse ínterim, cabe ressaltar alguns benefícios relacionados ao preenchimento do quesito raça/cor/etnia

1. Melhorar a qualidade no atendimento da Saúde, conhecendo melhor quem necessita de atendimento e, mais ainda, respeitando a cultura e os costumes de cada pessoa ou grupo social;
2. Monitorar, elaborar e implementar políticas públicas afirmativas e universalistas voltadas à população negra, povos e comunidades tradicionais e indígenas;
- 3 Evitar as iniquidades no acesso e permanência nos serviços de saúde por consequências do Racismo Institucional;
- 4 Reduzir os impactos de determinadas doenças e agravos;
- 5 Tornar os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais. Promover pesquisas com base de dados consolidada (BRASIL, 2018, p. 15).

Os dados presentes na Tabela 2 a seguir apresentam que em relação ao sexo masculino, o quantitativo de casos para esse marcador é de 0,15% correspondendo a 2 casos, Ou seja, um quantitativo ainda menor para a cor preta. Além disso, observamos a mesma lógica com relação a cor parda que também corresponde ao segundo maior percentual que neste universo, totalizando 601 casos entre os anos correspondentes da pesquisa.

Tabela 2 – AIH aprovadas por Raça/cor e Ano de processamento – Sexo Masculino

Cor/raça	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Branca	3	0,23%	0	0,00%	2	0,15%	0	0,00%	5	0,39%
Preta	1	0,08%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,08%	2	0,15%
Parda	191	14,76%	126	9,74%	133	10,28%	151	11,67%	601	46,45%
Amarela	7	0,54%	1	0,08%	2	0,15%	3	0,23%	13	1,00%
S/ Info.	250	19,32%	196	15,15%	131	10,12%	96	7,42%	673	52,01%
Total	452	34,93%	323	24,96%	268	20,71%	251	19,40%	1294	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: S/ Info.: sem informação

Smolen e Araujo (2017, p. 4022) baseados nos pensamentos de Willians *et al* (1997) apontam que o estresse ou situações provocadas por ele, configuram a causa que promove a ligação entre

transtornos mentais e comportamentais com o quesito raça/cor. Frente a isso “[...] raça pode influenciar a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, i.e. o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo”.

Destarte, se faz necessário o entendimento da saúde mental além de uma perspectiva dos sintomas que configuram a construção dos diagnósticos. Assim, compreender a necessidade de políticas públicas que abordem em seu conteúdo as dimensões que englobam o processo de adoecimento mental da população a partir dessa perspectiva de raça/cor, além dos estudos produzidos com esse recorte. Cabe reconhecer o papel da lógica produzida e reproduzida pela indústria farmacêutica no adoecimento da população, visto que reforça estigmas de tratamentos eficazes apenas a partir do viés medicamentoso, que trata-se de um ponto a ser desmistificado com o advento da Reforma Psiquiátrica e a incorporação de outras perspectivas de cuidado em saúde mental. No entanto, em alguns casos de transtornos, a medicação é indicada para completar o tratamento do usuário, principalmente diante de sintomas persistentes.

5.2 FAIXA ETÁRIA

O contexto pandêmico revela dados sobre os prejuízos dessa dinâmica mortal à saúde mental de jovens no mundo. Nesse universo, a faixa etária de 20 a 24 anos compreende quase 1.200 casos de depressão e quase 1.240 casos de ansiedade. Para essa estimativa pode relacionar as angustias com relação a questões econômicas, risco eminente de desemprego e as restrições de convívio social (REDAÇÃO GALILEU, 2021).

Em Aracaju, observamos que o ano de 2020 apresenta maiores percentuais no gênero feminino nas faixas etárias de 20 a 29 anos com 26 casos (3,33%); 30 a 39 anos correspondendo a 30 casos (3,85%); 40 a 49 anos com 35 casos (4,49%) e 50 a 59 anos apresentando 31 casos cujo percentual configura (3,97%) conforma a Tabela 3.

Desse modo, infere-se que esses dados se relacionam com o aumento de transtornos de ansiedade, depressão, *stress* na população brasileira e aracajuana, visto que, a pandemia amplificou e desencadeou a degradação da saúde mental da população diante seu contexto não somente da própria doença e restrições de convívio, mas de outras questões que afetam a vida social, econômica, cultural e também afetiva desses sujeitos principalmente nas idades de 20-29 a 50-59 anos.

Tabela 3 – AIH aprovadas por Faixa Etária 1 e Ano de processamento – Sexo Feminino

Faixa Etária 1	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
20 a 29 anos	39	5,00%	38	4,87%	45	5,77%	26	3,33%	148	18,97%
30 a 39 anos	88	11,28%	61	7,82%	48	6,15%	30	3,85%	227	29,10%
40 a 49 anos	50	6,41%	67	8,59%	57	7,31%	35	4,49%	209	26,79%
50 a 59 anos	36	4,62%	31	3,97%	36	4,62%	31	3,97%	134	17,18%
60 a 69 anos	22	2,82%	16	2,05%	9	1,15%	9	1,15%	56	7,18%
70 a 79 anos	1	0,13%	2	0,26%	2	0,26%	1	0,13%	6	0,77%
Total	245	30,26%	233	27,56%	214	25,26%	138	16,92%	780	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A Tabela 4 a seguir correspondente aos dados referente ao sexo masculino e sinaliza que em comparação ao sexo feminino, no mesmo período de 20-29 a 50-59 anos em 2020, estes dados são superiores, com exceção de 50-59 que corresponde ao quantitativo de 7 casos (0,57%). Há uma redução significativa nesse período ao longo das faixas etárias selecionadas para análise.

Tabela 4 – AIH aprovadas por Faixa Etária 1 e Ano de processamento – Sexo Masculino

Faixa Etária 1	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
20 a 29 anos	102	8,33%	73	5,96%	57	4,65%	56	4,57%	288	23,51%
30 a 39 anos	116	9,47%	104	8,49%	97	7,92%	104	8,49%	421	34,37%
40 a 49 anos	116	9,47%	70	5,71%	55	4,49%	76	6,20%	317	25,88%
50 a 59 anos	67	5,47%	33	2,69%	28	2,29%	7	0,57%	135	11,02%
60 a 69 anos	21	1,71%	9	0,73%	14	1,14%	5	0,41%	49	4,00%
70 a 79 anos	2	0,16%	10	0,82%	3	0,24%	0	0,00%	15	1,22%
Total	452	34,61%	323	24,41%	268	20,73%	251	20,24%	1225	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do Sus (SIH/SUS)

Para compreender esse contexto, se faz necessário abordar que as discussões sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) retomam a centralidade a partir de 2005 fomentado pela OMS com a criação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) cujo o foco trata as desigualdades a partir da perspectiva de “[...] disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos

de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 66).

Ressalta-se que esse conceito foi baseado no modelo de Dahlgren e Whitehead disposto partir da estrutura de camadas. Dessa forma, os indivíduos estão localizados na base e são compostos por características individuais referentes à sexo, idade e fatores hereditários. Seguindo a trajetória, a segunda camada é

representada pelos comportamentos estilos de vida individuais, encontra-se no limiar entre aqueles fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, além de serem dependentes de opções individuais, são também dependentes dos DSS, como o acesso a informações e alimentos saudáveis, lazer, entre outros” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 66-67).

Posteriormente, a terceira camada “[...] é representada pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social [...]”; a quarta camada encontram-se os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho dos indivíduos, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos que se encontram em condição de pobreza” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 67)

Em relação à última camada “[...] expressa os macrodeterminantes relacionados com as condições econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, assim como os determinantes supranacionais como o processo de globalização” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 67).

A incorporação desse conceito pela OMS em análises, fornece subsídios para extrapolar a perspectiva biologizante, relacionando os processos de saúde-doença dos sujeitos apenas diante dos sintomas físicos manifestados sem contextualizar todos com aspectos que englobam a vida social e podem contribuir para o desenvolvimento ou agravante de processos relações ao adoecimento mental, em ambos os gêneros.

5.3 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E DELIRANTES

Os dados extraídos do DATASUS trabalhados nesse item, apresentam os três tipos de transtornos juntos. No entanto, se faz necessário de maneira inicial, contextualizar as especificidades de cada um separadamente para fins de conhecimento.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) denomina que o espectro da esquizofrenia assim como outros transtornos com características psicóticas, englobam a “[...] esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica”. A partir disso, para identificar os sintomas que caracterizem tais tipos de transtornos, são considerados sintomas como “[...] delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos”. (DSM-5, 2014, p. 87)).

A Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição, mais conhecida como CID-10, apresenta que esses transtornos são classificados pelo seguinte enquadramento: Esquizofrenia – F20.9, Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica – 21 e Transtorno Delirante F22.

Cabe considerar alguns aspectos em relação a duração dos sintomas desses tipos de transtornos, enquanto mais uma característica para diferenciá-los no que diz respeito ao “diagnóstico” realizado por profissionais de saúde especializados, a partir dos sintomas apresentados pelo paciente/usuário de saúde mental.

A partir dessa premissa, compreende-se que o “[...] transtorno delirante caracteriza-se por pelo menos um mês de delírios, ainda que nenhum outro sintoma psicótico esteja presente” e a “[...] esquizofrenia dura pelo menos seis meses, incluindo ao menos um mês de sintomas da fase ativa” (DSM-5, 2014, p. 89).

Para além dos termos e subdivisões de transtornos, cabe enfatizar que o diagnóstico deve considerar outros aspectos da vida social dos indivíduos que podem desencadear em algumas situações, sintomas físicos e mentais, a saber, “[...] Problemas sociais, conjugais ou profissionais podem ser consequências de crenças ou transtorno delirante” (DSM-5, 2014, p. 92).

Com relação ao desenvolvimento e curso desses transtornos, não podemos perder de vista que

Em média, a função global é geralmente melhor que a observada na esquizofrenia. Embora o diagnóstico costume ser estável, parte das pessoas evolui no sentido de desenvolver esquizofrenia. O transtorno delirante tem uma relação familiar significativa com a esquizofrenia e o transtorno da

personalidade esquizotípica. Embora possa ocorrer em grupos mais jovens, a condição pode ser mais prevalente em indivíduos mais velhos (DSM-5, p. 92-93).

Nesse sentido, a Tabela 5 a seguir apresenta que o sexo masculino apresenta mais indicadores com relação ao sexo feminino no que diz respeito a esses transtornos. O ano de 2017 apresenta o maior percentual de 20,11% que corresponde a 227 casos. Em seguida, o segundo ano de maior índice corresponde a 2019 com 187 casos correspondentes a 16,56%. O ano de 2020, referente ao contexto pandêmico da COVID-19, observa-se um declínio de 1,24% em casos diagnosticados. Varella (2013) apresenta a partir de diálogo com profissional da saúde na área de psiquiatria, dados sobre esquizofrenia que contextualizam a instalação na população jovem e maior incidência em homens em idade média de 25 anos.

Em contrapartida, o público feminino apresenta considerável declínio de casos ao decorrer dos anos de 2017-2020, passando de 12,13% para 5,40% de casos. Compreende-se que, este transtorno se desenvolve a partir da faixa etária de 29-30 anos de idade e “[...] cerca de 10% das mulheres têm o primeiro surto psicótico esquizofrênico depois dos 45 anos [...]” (VARELLA, 2013, p. 15-16).

Tabela 5 - Lista Morb CID-10: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Masc	227	20,11%	158	13,99%	187	16,56%	173	15,32%	745	65%
Fem	137	12,13%	120	10,63%	66	5,85%	61	5,40%	384	34,01
Total	364	32,24%	278	24,62%	253	22,41%	234	20,73%	1129	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Segundo Rocha (2022, p. 7), o novo relatório de saúde mental da OMS apresenta que

a esquizofrenia, que ocorre em 24 milhões de pessoas e em aproximadamente 1 em cada 200 adultos (com 20 anos ou mais), é a principal preocupação dos serviços de saúde mental em todos os países. Em seus estados agudos, é a mais prejudicial de todas as condições de saúde.

Cabe sinalizar que, “[...] a incidência, porém, é igual nos dois sexos. A proporção é de um homem para cada mulher [...]” (VARELLA, 2013, p. 15-16). Além disso,

A proporção entre os sexos difere em amostras e populações: por exemplo, ênfase em sintomas negativos e duração maior do transtorno (associada a pior prognóstico) demonstram taxas mais elevadas de incidência nos indivíduos do

sexo masculino, ao passo que definições que possibilitam a inclusão de mais sintomas de humor e apresentações breves (associadas a melhor prognóstico) demonstram riscos equivalentes para ambos os sexos (DSM-5, 2014, p. 102).

Com base nessas reflexões, é possível constatar que em relação aos transtornos analisados nesta subseção, os dados municipais coincidem com pesquisas que apresentam a população do gênero masculino com maior percentual de diagnósticos, apesar da incidência de transtorno ser igual em ambos os gêneros, uma vez que nesse público o transtorno se desenvolve de maneira precoce.

Dessa forma, concorda-se com os pensamentos de Chaves (2000, p. 22) que a partir da compreensão das particularidades de cada gênero sobre estes transtornos,

Isso requer que o programa de tratamento seja sensível a essas diferenças e considere todas as facetas do manejo clínico, inclusive preocupações familiares, influências psicossociais, terapia medicamentosa e questões psicodinâmicas. As responsabilidades e as preocupações dos pacientes também diferem segundo o sexo. As mulheres em geral são casadas ou separadas e têm de cuidar dos filhos. Os homens apresentam problemas ligados à solidão, ao uso de drogas e com a polícia.

Dessa forma, infere-se que esse conjunto de fatores podem ser levados em consideração para tal constatação, a saber, fatores econômicos e sociais no que diz respeito aos papéis de gênero impostos e reforçados culturalmente; além da associação em alguns casos com álcool e outras drogas; relacionamentos afetivos, além da resistência e respostas negativas ao tratamento ofertado.

5.4 OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

A classificação de outros transtornos mentais e comportamentais diz respeito a condições de adoecimento mental que não se encaixam nas categorias e CIDs classificatórios de acordo com o DSM-5. Ou seja, apesar da imensidão de possibilidades e especificidades de transtornos conhecidas e compiladas neste aporte teórico, existem tipos para além de uma mera classificação metódica e algumas vezes, puramente descritiva.

A partir dessa constatação, categorizar dados a partir da terminologia “outros” compreende que,

Essa categoria residual aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de um transtorno mental, causadores de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, embora não atendam à totalidade dos critérios para nenhum outro transtorno mental no DSM-5 [...] (DSM-5, 2014, p. 707).

Nesse ínterim, foram classificadas quatro categorias e seus respectivos CID-10: outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica (F6.8); transtorno mental não especificado devido a outra condição médica (F09); outro transtorno mental especificado (F99) e transtorno mental não especificado (F99). A nível de conhecimento e contextualização dos dados municipais da classificação abordada neste item, se faz necessário apresentar as especificidades das categorias supracitadas, de maneira individual.

Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica aplica-se em “[...] situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno mental devido a outra condição médica específico”. A partir disso, o profissional de saúde responsável realiza “[...] registro do nome do transtorno, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de “outra condição médica”, seguida da manifestação sintomática específica que não satisfaz os critérios para qualquer outro transtorno mental devido a outra condição médica específico” (DSM-5, 2014, p. 707).

A categoria outro transtorno mental não especificado devido a outra condição médica (F09) é utilizada em casos em que o profissional

[...] opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno mental devido a outra condição médica específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito

um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência) (DSM-5, 2014, p. 708, *grifos do autor*).

Diferente da categoria anterior, em situações que versam sobre o transtorno mental especificado (F99), o profissional opta em explicar a causa que implica os sintomas de adoecimento mental apresentados pelo indivíduo não se enquadrar nos critérios estabelecidos para a categoria de qualquer transtorno.

Conforme a Tabela 6 abaixo, no município de Aracaju, o sexo masculino e feminino apresentam o mesmo quantitativo de 9 casos registrados na classificação de outros transtornos mentais e comportamentais no ano de 2017, correspondendo a 13,64%.

Tabela 6 - Lista Morb CID-10: Outros transtornos mentais e comportamentais

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Masc	9	13,64%	8	12,12%	11	16,67%	10	15,15%	38	57,58%
Fem	9	13,64%	7	10,61%	8	12,12%	4	6,06%	28	42,42%
Total	18	27,27%	15	22,73%	19	28,79%	14	21,21%	66	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No entanto, observa-se que o sexo feminino apresentou declínio considerável no ano de 2020 (contexto pandêmico), em relação aos outros anos da pesquisa, correspondendo ao percentual de 6,06%. Ou seja, entre os anos de 2017 a 2020, houve uma redução de 7,58% nos casos. Os dados revelam a diferença considerável de casos entre os gêneros masculino e feminino no período de 2018 a 2020, sendo que, a maior incidência está presente no gênero masculino.

Se faz necessário reconhecer, que tais categorias foram criadas para facilitar, de certo modo, o cotidiano dos profissionais de saúde que atuam na área de saúde mental, principalmente os responsáveis em apresentar um diagnóstico a partir da interpretação dos sintomas em conjunto de fatores sobretudo emocionais e físicos, mas também analisar o contexto social, cultural e econômico. Nesse sentido, em casos de adoecimento mental que não se encaixassem nas definições de algum CID específico e por isso o transtorno foi classificado na categoria de “outros”, uma vez que existe o respaldo para essa categorização no próprio DSM-5.

No entanto, cabe destacar a necessidade de repensar essas subdivisões da classificação outros transtornos, pois, apesar de reconhecer que existem particularidades em cada casos de adoecimento mental devido a múltiplos fatores, em termos de compreensão dessa categoria e análise de dados propriamente dita, se faz necessário reconhecer a dificuldade em apreender

situações em que essas categorias podem ser aplicadas. Além disso, pontua-se também que para os demais transtornos, percebe-se maior facilidade e disponibilidade na “localização” de aporte teórico para o conhecimento dessa discussão.

5.5 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Ao tratar sobre transtornos desencadeados por substâncias psicoativas, dentre os 10 tipos de classificações de drogas, para análise desta subseção foram considerados os seguintes tipos a partir do DSM-5: *Cannabis* (maconha), alucinógenos, inalantes, hipnóticos, estimulantes e outras substâncias que podem ser conhecidas e desconhecidas.

Sendo assim, compreende-se que as categorias de grave, moderada e leve são diferenciadas a partir do estudo dos sintomas e com base nos critérios estabelecidos para o diagnóstico. Esta questão é desenvolvida com base em termos clínicos. No entanto, assim como outras análises, não se pode perder de vista o contexto em que esses sujeitos desenvolvem sua subjetividade e como os fatores sociais e econômicos influenciam nesse processo de adoecimento e uso de substâncias que induzam uma “fuga da realidade”.

Nesse sentido, “[...] um transtorno por uso de substância *leve* é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; *moderado*, por quatro ou cinco sintomas; e *grave*, por seis ou mais sintomas” (DSM-5, p. 484, *grifos do autor*).

Os dados da Tabela 7 revelam que o gênero masculino apresentam maior predominância de casos no universo desta pesquisa, visto que o ano de 2017 concentra o maior percentual de 36,96% equivalente a 129 casos. Observa-se que em relação ao ano de pico, há uma redução considerável em 2019 correspondendo a 26 casos. No entanto, o contexto da COVID-19 iniciado em 2020, apresenta o aumento de 11 casos ou seja, 10,60%. Em contrapartida, no mesmo ano, o gênero feminino apresentou apenas 15 casos equivalente a 4,30%.

Frente a isso, constata-se que o quantitativo de casos de transtornos induzidos a partir do uso de substâncias apresentam diferenças consideráveis entre os gêneros.

Tabela 7 - Lista Morb CID-10: Transtornos mentais e comportamentais devido uso de outras substâncias psicoativas

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Masc	129	36,96%	86	24,64%	26	7,45%	37	10,60%	278	79,66%
Fem	19	5,44%	16	4,68%	21	6,02%	15	4,30%	71	20,34%
Total	148	42,41%	102	29,23%	47	13,47%	52	14,90%	349	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De acordo com Coutinho, Toledo e Bastos (2019, p. 23) o estudo realizado pelo III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira – III LNUD desenvolvido no ano de 2015 pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a maconha considerada droga ilícita, nesse contexto,

apresentou uma estimativa mais elevada de uso na vida, 7,7% (IC95%: 7,1% - 8,3%), entre os brasileiros de 12 a 65 anos afirmaram ter consumido essa substância alguma vez na vida, com um percentual de 11,9% (IC95%: 10,8% - 12,9%) homens e 3,7% (IC95%: 3,2% - 4,2%) mulheres.

Além desses dados em relação à estimativa geral de vida, destaca-se que 1,1% de mulheres relatou efetuar o uso dessa substância em período anterior ao da pesquisa, ou seja, um (01) ano antes. Essa estimativa foi considerada diante “[...] 3,8 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos” (COUTINHO; TOLEDO; BASTOS, 2019, p. 23).

Dados do III LNUD revelam que a segunda droga considerada ilícita mais utilizada no Brasil consiste na cocaína em pó. Considerando o recorte de gênero, homens apresentam 5,0% de consumo frequente em comparação a mulheres que correspondem a 1,3%. Ademais, “[...] em termos absolutos, cerca de 1,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos afirmaram ter consumido cocaína nos últimos 12 meses” (COUTINHO; TOLEDO; BASTOS, 2019, p. 23).

Destaca-se que, outros tipos de substâncias como crack, heroína, ecstasy e solventes também estão presentes enquanto utilizados pelo menos uma vez na vida da população brasileira. Diante disso, percebemos a dinamicidade em relação aos tipos e usos de drogas tanto por homens quanto por mulheres, sendo que os dados em relação ao Brasil, revelam que os casos são mais prevalentes em homens. Assim, ressalta-se que

O uso de substâncias psicoativas por mulheres não é um fenômeno contemporâneo, o fato é que em ambos os sexos o consumo tem aumentado de maneira significativa, apesar disso as mulheres ainda mantêm um consumo três vezes menor em relação aos homens (SANTOS *et al*, 2019, p. 186).

Ressaltamos que, o DATASUS disponibiliza os dados apresentados nesta subseção a partir de agrupamento correspondente a substâncias psicoativas, ou seja, de acordo com a busca realizada para essa pesquisa, não identificamos dados específicos por tipo de substâncias no município de Aracaju, como é possível visualizar em estimativas trabalhadas no III LNUD, por exemplo.

Diante disso, infere-se que, a disponibilidade deste tipo de dado a partir da estratificação por tipo de substância forneceria subsídios não somente para compor os indicadores presentes no município, assim como revelaria um panorama dessa utilização com vistas a dimensionar ações afirmativas para a ampliação e fortalecimento da REAPS em seus serviços ofertados às pessoas com transtornos mentais desencadeados pelo uso desses psicoativos.

5.6 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL

Compreender os transtornos mentais desencadeados pelo uso de álcool demanda ampliar a visão desse próprio contexto, visto que em alguns casos, também ocorre a relação com o uso de outras substâncias psicoativas, conforme abordado na subseção anterior.

A reprodução de falas/opiniões machistas e sexistas de que as mulheres não devem beber ou caso o façam, precisam apresentar uma postura condizente ao que seria imposto como “adequado” de acordo com as regras sociais. Assim, além da opressão social e cultural de gênero fruto dessa reprodução, o alcoolismo e transtornos desencadeados por ele são atribuídos por mulheres em contextos de “[...] depressão, sentimentos de isolamento social, pressões familiares e profissionais, problemas de saúde, além de tentativas diversas para perder peso” (SANTOS *et al*, 2019, p. 186).

A respeito dessa questão relacionada ao peso, Zanello (2014, p. 45) apresenta que entre os diversos valores de gênero, o [...] ideal da beleza, nos moldes de um combate à gordura e na busca da magreza, firmada ao final do século XIX e começo do século XX [...]. Ou seja, apenas o corpo considerado “magro” ganha a legitimação social e é visto como atraente, um modelo a ser seguido. Em contrapartida, há aversão de corpos considerados “fora desse padrão”, sempre associados ao peso e um ideal numérico e a estética que seria aceitável. Essa questão também promove rebatimentos na forma como as pessoas desses gêneros se relacionam, tanto em sociedade de maneira ampla, quanto nas relações afetivas-românticas.

Além disso, consideramos que

Estudos que investigam o uso de álcool e ou de outras substâncias psicoativas em mulheres são majoritários em retratar um perfil sociodemográfico de exclusão social, composto em sua maioria por mulheres desempregadas, com baixa escolaridade, solteiras, com ausência de suporte social, vitimadas pela violência intrínseca ao fenômeno do consumo de estas substâncias (SANTOS *et al*, 2019, p. 186).

A partir disso, os dados apresentados na Tabela 8 revelam que o sexo masculino detém a prevalência em casos por esse transtorno no município de Aracaju, sendo que o ano de 2017 e 2018 concentram o mesmo quantitativo, a saber, 38 casos equivalentes a 35,85%. O ano de 2020 apresenta a queda considerável para 6 casos. Diante disso, confirma-se que “[...] indivíduos do sexo masculino apresentam taxas mais elevadas de consumo de álcool e de transtornos relacionados do que os do sexo feminino” (DSM-5, 2014, p. 492).

Observamos que o sexo feminino apresenta quantitativo ínfimo de casos. No entanto, se faz necessário entender que “[...] apesar de as mulheres acumularem inúmeros fatores de risco, nos cuidados em saúde mental nem sempre são observadas as especificidades no processo saúde-doença desse grupo (SANTOS *et al*, 2019, p. 186). A partir dessa premissa, podemos considerar além dessa questão, outros fatores que podem influenciar na busca do atendimento, seja por subestimar a própria necessidade em reconhecer esse processo de adoecimento em comparação ao sexo masculino, além de fatores socioeconômicos e culturais, uma vez que a bebida e seu excesso ainda é “mais aceitável” se praticada pelo sexo masculino.

Tabela 8 - Lista Morb CID-10: Transtornos mentais e comportamentais devido uso de álcool

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Masc	38	35,85%	38	35,85%	10	9,43%	6	5,66%	92	86,79%
Fem	4	3,77%	6	5,66%	3	2,83%	1	0,94%	14	13,21%
Total	42	39,62%	44	41,51%	13	12,26%	7	6,60%	106	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O DSM-5 apresenta uma classificação para esse transtorno a partir de um conjunto de “[...] sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e fissura (DSM-5, 2014, p. 492). Cabe destacar que, a associação com o uso de outras substâncias, representa a busca pelo alívio em relação aos efeitos provocados dessas substâncias alternativas ou de alternativa para substituí-las quando não há condições de realizar o consumo.

Estima-se que o início dos episódios relacionados ao uso de álcool acontecem no período da adolescência e o transtorno em suas dimensões aproximadamente “[...] chega ao ápice no fim da adolescência ou entre os 20 e os 25 anos” (DSM-5, 2014, p. 492).

Com relação à procura dos serviços de saúde mental, o estudo de Santos (2017, p. 122) sobre a perspectiva dos profissionais atuantes em CAPS AD no município de Aracaju apresenta a percepção de que a

demanda mais elevada de homens nos serviços e reconhecem que há um número diminuto de mulheres, isso decorrente de diversos fatores, entre os quais podemos destacar a falta de apoio familiar, que é diferenciado para o homem, os papéis sociais historicamente atribuídos, o estigma que se torna muito mais visível e prejudicial para a mulher.

Desconstruir e/ou romper com esse estigma associado aos transtornos mentais é um processo árduo no cotidiano de profissionais de saúde mental assim como dos próprios usuários e familiares, algo que foi cunhado nos moldes da Reforma Psiquiátrica e nas legislações específicas formuladas para legitimar ações e serviços aos usuários de saúde mental. No entanto, esse caminho é atravessado por questões estruturais, políticas e sociais que diante dessa pesquisa, envolvem o Brasil e o município de Aracaju.

Enquanto possibilidades para ampliar a procura do público feminino aos serviços ofertados da REAPS no município, a intensificação ações educativas tanto na Rede de atenção do município quanto em outros órgãos de saúde, promoveria a ampliação do conhecimento com relação a esses transtornos, o público mais afetado, que é o gênero masculino e dinamizar informações de estudos sobre esses diferenciais de gênero.

5.7 TRANSTORNOS DE HUMOR [AFETIVOS]

Os transtornos de humor “[...] são aqueles cujo sintoma principal é a alteração do humor ou do afeto, da energia (ânimo) e do jeito de sentir, pensar e se comportar. Acontecem com crises únicas ou se repetem, oscilando ao longo da vida. Podem ser episódios de depressão ou de mania”. Além disso, são classificados de acordo com o CID-10 como “[...] Episódio maníaco (F30), Transtorno Afetivo Bipolar (F31), Episódio Depressivo (F32), Transtorno Depressivo Recorte (F33), Transtorno Resistente de Humor (F34), Outros Transtornos de Humor (F38) e Transtorno de Humor Não Especificado (F39)” (DEMETRIO; MINATOGAWA-CHANG, 2013, p. 8-10).

Compreender as causas dos transtornos de humor requer considerar as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais. A dimensão psicológica está relacionada as questões de estresse e trauma que podem desencadear o processo de adoecimento mental referente a esse transtorno. Frente a isso, “[...] é importante identificar os aspectos psicossociais que antecederam o quadro clínico como: o contexto, o sentido e o significado que o paciente atribui ao momento” (DEMETRIO; MINATOGAWA-CHANG, 2013, p. 8).

Considera-se que a dimensão sociocultural reflete alguns tipos de relações legitimadas pelo matrimônio consideradas insatisfatórias por um ou ambos parceiros, além de outra situação referente a rompimentos de laços afetivos. Sobre essa dimensão, dados revelam que as “[...] mulheres divorciadas apresentam quadro de depressão grave três vezes maior que as mulheres casadas” (DEMETRIO; MINATOGAWA-CHANG, 2013, p. 8).

O contexto da pandemia de COVID-19 revela a estimativa de 246 milhões de casos de depressão no mundo e com relação aos transtornos de ansiedade, trata-se de 374 milhões. Essas estimativas configuram que o maior impacto está entre mulheres e jovens. Desse quantitativo, 35 milhões de casos são entre mulheres e 18 milhões em homens que juntos correspondem a 38% da crescente de casos depressivos (REDAÇÃO GALILEU, 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde (2019) indica que o estado de Sergipe apresenta o percentual de 19% de pessoas com diagnóstico de depressão que fazem psicoterapia. Além disso, o estado está entre o maior quantitativo da região Nordeste no que diz respeito à população da faixa etária de 18 anos que apresentam diagnósticos de esquizofrenia, psicose, transtorno bipolar e TOC.

Com relação ao município de Aracaju, *locus* desta pesquisa, os dados revelam o quantitativo de 21,8%. Em pessoas com maior nível de escolaridade apresentam 36,2 % entre jovens de 18 a 29 anos. Em contrapartida, 12,1% da população sem escolaridade faz acompanhamento psicológico. Sabe-se que a depressão “[...] pode resultar da tendência de interpretar os acontecimentos cotidianos de forma negativa ou a generalização excessiva (DEMETRIO; MINATOGAWA-CHANG, 2013, p. 8).

A Tabela 9 revela que o sexo feminino apresenta maior percentual entre os anos 2017-2020 correspondendo a 73,24%. O ano de 2019 apresenta o maior pico de casos em Aracaju com 109, equivalente a 25,89%.

Tabela 9 - Lista Morb CID-10: Transtornos de Humor [afetivos]

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Masc	34	7,98%	29	6,81%	29	6,81%	22	5,16%	114	26,76%
Fem	71	16,67%	76	17,84%	109	25,89%	56	13,15%	312	73,24%
Total	105	24,65%	105	24,65	138	32,39%	78	18,31%	426	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Diante disso, se faz necessário pontuar que no que se refere aos valores sociais de gênero entre as mulheres “[...] os traços de caráter relacionais (envolvem objeto e intensidade) [...] o objeto de hiperinvestimento das mulheres são as relações e o cuidados com os outros; presentes [...] no ideal de constituição de uma família, ter filhos e marido” (ZANELLO, 2014, p. 45). Ou seja, há de se reconhecer uma carga depositada na projeção em relacionamentos afetivos-românticos a partir de ideais padronizados do que seria família, muitas vezes considerando aspectos biológicos como “idade para casar” e “idade para ter filhos”.

Concordamos com o pensamento de Demetrio E Minatogawa-Chang (2013, p. 9) ao enfatizar que “[...] os sintomas característicos apresentados no DSM V e no CID 10 servem como marcadores que nos auxiliam no diagnóstico, mas tomados isoladamente pode conduzir a equívocos”. Esses equívocos dizem respeito a não considerar as dimensões da vida social e econômica dos usuários além de considerar as implicações de gênero nas análises e diagnósticos em saúde mental.

Desse modo,

a Depressão Maior é 70% mais frequente em mulheres devido estarem mais expostas a pobreza, discriminação, assédio sexual e moral, dupla jornada de trabalho e salários menores. Por outro lado, mulheres que trabalham fora, tem independência financeira, exercem papel de autoridade no trabalho e no lar apresentam os mesmos índices de depressão que os homens (DEMETRIO; MINATOGAWA-CHANG, 2013, p. 8 *apud* BARLOW, 2009).

Outro ponto a ser considerado para compreensão dos diferenciais de gênero em transtornos de humor trata-se das condições de cunho afetivo. Estudos revelam que homens não vinculados a relações maritais ou amorosas, sejam estes solteiros, viúvos ou divorciados, apresentam relação baixa prevalência de depressão. Em mulheres, esse dado se relaciona a condição de solteira, no entanto, mulheres casadas, viúvas ou divorciadas apresentam prevalência muito maior nesse quesito (JUSTO; CALIL, 2006). Para isso, pode-se considerar a sobrecarga de trabalho em muitas vezes jornadas triplas, quádruplas; reforço aos valores de gênero impostos ao casamento por doutrinas religiosas rígidas e alienantes que configuram a

mulher enquanto um ser criado para “servir” e “obedecer” ao companheiro e fazer concessões para manutenção do relacionamento. Muitas vezes, esses tipos de concessões implicam na repressão das suas próprias condições de saúde, afetivas e sentimentais.

5.8 TRANSTORNOS NEURÓTICOS E RELACIONADOS COM STRESS E SOMATÓRIO

Os dados do município de Aracaju relevam quantitativos ínfimos com a relação a essa categoria de transtorno. Não obstante, apesar desse contexto, o gênero feminino apresenta o quantitativo de 5 casos equivalentes a 83,33% nos anos de 2017-2019.

Destaca-se que, durante o período de pesquisa dos dados na plataforma DATASUS, para esse transtorno, não constava dados referentes ao ano de 2020. Diante disso, pontuamos que apesar de se constituir enquanto uma fonte alimentadora dos órgãos do SUS, o DATASUS também apresenta dificuldades em fornecer dados, tanto no processo de refiná-los a partir dos filtros, quanto a disponibilidade de períodos históricos para alguns recortes. Não podemos afirmar que o ano de 2020 não possui casos, ainda mais considerando o contexto da emergência da COVID-19 enquanto emergência de saúde pública e como abordado ao longo deste estudo, desencadeou e/ou amplificou o processo de adoecimento mental da população no Brasil e no Mundo.

Tabela 10 - Lista Morb CID-10: Transtornos neuróticos e relacionados com stress e somatário

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
Masc	-	-	-	-	1	16,67%	1	16,67%
Fem	1	16,67%	3	50,00%	1	16,67%	5	83,33%
Total	1	16,67%	3	50,00%	2	33,33%	6	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Desse modo, compreendemos que “estressores ocupacionais destacam-se como potenciais determinantes para a ocorrência dos transtornos mentais comuns (TMC)”, ou seja, a dinâmica vivenciada no ambiente de trabalho (CAMPOS *et al*, 2020, p. 580). A dinâmica proposta pelo mundo do trabalho e as desigualdades de gênero são considerados influenciadores de processos de adoecimento mental dos trabalhadores.

O estudo de Campos *et al* (2020) apresenta que a “[...] maior frequência de adoecimento mental entre as mulheres, sendo observadas altas prevalências de TMC entre as trabalhadoras de saúde em comparação com os homens, variando de 25,0% a 32,5% entre as mulheres, e de

9,0% a 12,2% em homens”. Frente a isso, ao considerar as relações de gênero na análise de condições de saúde mental desencadeadas por episódios de *stress* em ambientes de trabalho, reforçamos alguns elementos que já sinalizados ao logo do estudo, ao considerar que o gênero feminino apresenta maior suscetibilidade diante das condições sociais e culturais, além da sobrecarga atribuída ao cuidado, a saber, “[...] responsabilidades assumidas com a família e cuidados dos filhos, longas jornadas de trabalho, inserção em postos de trabalho mais precários e menos valorizados, em somatório com as atividades domésticas e as atividades laborais, como tem sido apontado na literatura” (CAMPOS *et al*, 2020, p. 583).

Lipp e Lipp (2020, p. 180) constataam em seu estudo sobre transtornos mentais a partir do período pandêmico que 60% corresponde a 3.223 pessoas da população brasileira apresentavam níveis elevados de estresse; 57,5% de ansiedade e 14% de pânico. A partir desse universo de pesquisa, constatou-se que o indicador de estresse de maior prevalência “[...] incerteza quanto a se as autoridades estavam tomando as ações corretas para o controle da pandemia, seguida de preocupação com possível contaminação de familiares e com as finanças”.

O Transtorno de adaptação se refere ao termo *stress* e sua definição compreende uma reação desencadeada pelo organismo enquanto uma resposta de adaptação diante dos desafios impostos por “[...] mudanças físicas, mentais e emocionais necessárias para o enfrentamento de ameaças à sobrevivência ou ao bem-estar da pessoa”. Assim, o *stress* é “[...] uma tentativa de sobreviver a uma ameaça, real ou imaginária” (LIPP; LIPP, 2020, p. 182; DSM-5, 2014).

Enquanto alternativas para lidar com o *stress* podemos destacar com o percentual mais elevado de 56% seria a prática do diálogo com familiares ou amigos; 43% optaram pela atividade física (LIPP; LIPP, 2020).

Dessa forma, os estressores desencadeados por um conjunto de condições sociais, econômicas e afetivas apresentam rebatimentos na saúde física e mental de pessoas do gênero feminino. Assim, como exposto nesta subseção, esse marcador pode desencadear e/ou desenvolver relação com outros tipos de transtornos mentais e comportamentais.

6 APRECIÇÕES CONCLUSIVAS

A presente pesquisa apresentou um estudo sobre o adoecimento mental da população do município de Aracaju/SE a partir de seus diferenciais de gênero. Para construção desse percurso, a partir da formulação do objetivo central que consistiu em analisar as determinações sociais que versam sobre o processo de adoecimento mental de mulheres, a partir da perspectiva de gênero, no município de Aracaju/SE. Os objetivos específicos são: Mapear a produção do conhecimento sobre gênero e saúde mental dos cursos de pós-graduação em Serviço Social no Brasil; Identificar a inserção da perspectiva de gênero na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Municipal de Saúde Mental de Aracaju; e Caracterizar diferenciais de gênero nos tipos de transtornos mentais mais incidentes nos serviços de saúde mental ofertados em Aracaju.

De modo a desenvolver cada objetivo proposto, apresentamos o contexto da saúde mental a partir dos seus moldes iniciais de conhecimento, formas de tratamento e as questões do estigma desencadeado e fomentado pela sociedade ao lidar com pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, pontuamos as possibilidades e desafios da operacionalização dessa política na prática cotidiana de profissionais que direcionam sua atuação em consonância com as propostas da Reforma Psiquiátrica, mas também é considerado os desafios para legitimar o processo de desconstrução de perspectivas medicamentosas, de reclusão e punitivas.

Destacamos que o percurso dessa pesquisa permitiu não somente delinear as argumentações e reflexões necessárias para desenvolver o arcabouço teórico sobre o tema assim como o estado do conhecimento deste no campo da Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil. Nesse sentido, os dados revelam a ampla produção sobre o tema de gênero ao longo dos anos utilizados como recorte temporal (2014-2019), em diversas regiões do país, a saber, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-oeste. Com relação a temática de saúde mental, também observamos um quantitativo abrangente de produções deste tema enquanto centralidade de estudos assim como sua relação com outros temas correlatos. No entanto, o campo das produções acadêmicas que abordem o entrelaçamento da saúde mental a partir da perspectiva de gênero ainda é incipiente.

Com relação aos dados extraídos e analisados a partir do DATASUS, é notório a disparidade de gênero nos dados que versam sobre o marcador de transtornos mentais e comportamentais no município de Aracaju/SE. Os dados revelam que o sexo masculino apresenta maior quantitativo entre o recorte da pesquisa (2017-2020) nos transtornos de esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes com 65%; outros transtornos mentais e comportamentais com 57,58% e transtornos mentais e comportamentais devido uso de álcool

correspondendo a 86,79%. O sexo feminino apresenta o quantitativo de 73,24% em transtornos de humor [afetivos] e 83,33% em transtornos neuróticos e relacionados com *stress* e somatório.

Ao considerar as relações de gênero na análise de condições de saúde mental desencadeadas por episódios de *stress* em ambientes de trabalho, por exemplo, reforçamos alguns elementos que já sinalizados ao longo do estudo, ao considerar que o gênero feminino apresenta maior suscetibilidade diante das condições sociais e culturais, além da sobrecarga atribuída ao cuidado de outras pessoas, seja na maternidade, relações familiares e relações afetivas.

Se faz necessário pontuar a necessidade do banco de dados DATASUS incluir em seus filtros de pesquisa as opções de gênero e não somente de sexo. Sabe-se que, ao utilizar o enquadramento das diversas identidades de gênero da população brasileira em apenas sexo feminino e masculino, o referido banco de certa forma limita a visualização da amplitude real dos dados a partir desses marcadores.

Nesse sentido, entendemos que o contexto social dos indivíduos é considerado enquanto um fator em alguns casos, determinante para o processo de adoecimento mental. No entanto, releva-se a outra face desse contexto que seria também na perspectiva de um fator que contribui para o agravamento de questões de saúde mental já existentes.

Para esse ponto, consideramos a emergência da COVID-19 enquanto um fato agravante para condições de saúde mental da população à nível de Brasil assim como à nível municipal, pois, os contornos de uma doença de caráter desconhecido inicialmente desencadeou uma série de restrições sociais que apresentou rebatimentos inimagináveis nos âmbitos de trabalho, vida social e saúde.

Além das incertezas de como lidar com esse novo vírus, houve o agravamento de processos iniciados a partir do golpe político em 2016: governo da república destinando verbas em prol da deslegitimação dos direitos conquistados para pessoas com transtorno mental; incentivo a discussões e retornos de práticas desumanas de cuidado além do corte e redução de verbas essenciais para manutenção da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.

Com relação a particularidade do município de Aracaju, considerado referência em atendimento à saúde mental no país, podemos constatar durante que este ainda possui o *status* a partir das ações afirmativas tanto para expansão e fortalecimento dos serviços quanto ao fomento na produção de dados e pesquisas para este universo, a saber, a parceria com o Instituto Cactos. Constata-se ainda que no período pandêmico, houve a ampliação da rede de atendimento para a população usuária no município, diante do aumento e agravamento dos casos de ansiedade e depressão ocasionados pela COVID-19.

Em tempos de retrocessos de diretos e fomento à práticas existentes, se faz necessário o fortalecimento dos serviços de saúde mental desenvolvidos a partir da Reforma Psiquiátrica, sem perder de vista o contexto que promove e intensifica o adoecimento mental da população: condições de trabalho, de vida e saúde; exploração massiva do capital ainda mais intensificada em tempos pandêmicos a partir da demissão em massa, aumento dos trabalhos informais e instituição de novas modalidades de trabalho, como por exemplo o trabalho remoto.

Ao analisar as dimensões desse tipo de trabalho que é realizado de casa pelos indivíduos, desencadeia uma série de questões propícias à exaustão mental e física, a saber, em algumas dinâmicas não existe “horário de encerramento”. Além disso, inclui-se a convivência familiar constante de indivíduos que residem juntos, uma vez que existem restrições de convívio social enquanto uma das possibilidades de evitar contágio e disseminação da doença.

Destarte, concordamos com Zanella (2014) sobre a importância do recorte oferecido pelos estudos das relações de gênero para o campo da saúde mental de maneira a compreender que o adoecimento mental de pessoas (homens e mulheres) perpassa por inúmeras questões sociais, históricas e culturais produzidas e reproduzidas pelo machismo e patriarcalismo que se configuram para além da manifestação dos sintomas pelos pacientes. Nesse sentido, cabe aos profissionais reconhecerem esses aspectos, interpretá-los e compreendê-los para construção de um diagnóstico que englobe toda a universalidade, particularidades e singularidades que permeiam a sociabilidade dos sujeitos com transtornos mentais. Na contramão dessa perspectiva, encontra-se uma lógica medicalizadora reforçada pela indústria farmacêutica, a própria leitura médica carregada de valores e ideais pessoais construídos socialmente e os papéis sociais de gênero atribuídos aos sujeitos.

Nesse sentido, para compreender as relações de gênero imbricadas na saúde mental e produção do adoecimento da população, é necessário incorporar nas análises a corrente sócio-histórica de modo a subsidiar as interpretações de pesquisas. Além disso, é preciso considerar que o adoecimento mental de mulheres se relaciona com “[...] aspectos sociais/materiais, “estruturais”, relacionados ao sofrimento psíquico em sua relação com o gênero, tais como pobreza, baixa escolaridade, dupla ou tripla jornada, racismo, etc” (ZANELLO, 2014, p. 52).

REFERÊNCIAS

AGENDA ARACAJU DE NOTÍCIAS. Rede de atenção psicossocial de Aracaju oferta atendimentos em três níveis. 2021. **A8SE.com**, [s.l.], 02 dez. 2020. Disponível em: <https://a8se.com/noticias/sergipe/rede-de-atencao-psicossocial-de-aracaju-oferta-atendimentos-em-tres-niveis/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ALVES, T. M; ROSA, L. C, dos. S. Uso de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 2016, v. 24, n. 2, p. 443-462, maio./ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/nkvT95KzLpLjjgZb3hPVtdw/?lang=pt#:~:text=As%20mulheres%20com%20problemas%20voltados,Gu%C3%ADa%20informativa%3A%20g%C3%A9nero%20y%20drogas>. Acesso em: 13 abr. 2022.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARATA, R. B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal À Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JÁ** (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), [s. l], n. 65, ano VII, p. 42-44. 2012. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BOLZAN, L. M. de. **Onde estão as mulheres?** A homogeneização de atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1536647. Acesso em: 17 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2018. 38p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: <https://paulodelgado.com.br/lei-no-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>. Acesso em: 16 ago. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

CAPPELLE, M. C. A; MELO, M. C. de. O. L; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, art.6, p. 0-0, 2003. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/28450/analise-de-conteudo-e-analise-de-discurso-nas-ciencias-sociais/i/pt-br>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CAMPOS, F. M. C. *et al.* Etnessa ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, Feira de Santana, 2020, v. 28, n. 4, p. 579-589. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/DWdMHvv3Ty8556HXRmcbTDC/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CHAVES, A. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l], 2000, n. 22, p. 21-22. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XhKTVNhfXJwmcSfth7VbzGs/#:~:text=Conclus%C3%A3o-,Sexo%20%C3%A9%20um%20importante%20fator%20preditivo%20no%20curso%20e%20na,volu%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20e%20funcionamento%20social>. Acesso em: 10 mar. 2022.

COUTINHO, C; TOLEDO, L; BASTOS, F. I. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 1º semestre de 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26366613_. Acesso em: 02 abr. 2022.

DEMETRIO, F. D; MINATOGAWA-CHANG, T. M. **Curso de capacitação em saúde mental: módulo III: Transtornos do humor**. São Luís, MA: Universidade Aberta do SUS, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2044/3/Sa%C3%BAdade%20Mental%20-%20M%C3%B3dulo%203%20UND%203.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022.

DOLIVEIRA, M. Brasil chega a meio milhão de mortos por covid-19. **Exame**, [s. l], 19 jun. 2021. Disponível em: <https://exame.com/brasil/brasil-bate-meio-milhao-de-mortos-por-covid-19/>. Acesso em: 22 jun 2021.

COUTINHO, C; TOLEDO, L; BASTOS, F. I. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil**. Rio de Janeiro: Oswaldo Cruz, 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE. **Atenção psicossocial no Estado de Sergipe – saberes e tecnologias para implementação de uma política**. Aracaju: Funesa, 2011.

GARBOIS, J. A; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 2017, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em: Acesso em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIA prático de saúde mental pós-pandemia no brasil. [s. l], 2020. 129p.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e Pensamento Feminista: contribuições históricas e debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. Dossiê; Desigualdades e interseccionalidades. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, Londrina, 2015, v. 20, n. 2, p. 97-128. 2015. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/22900. Acesso em: 16 jun. 2022.

INFONET. Prefeitura amplia atendimentos na Rede de Atenção Psicossocial. **Infonet**, Aracaju, 21 maio. 2021. Disponível em: <https://infonet.com.br/noticias/saude/prefeitura-amplia-atendimentos-na-rede-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

INSTITUTO CACTOS. Gerando sentido para quem está na ponta da saúde mental: dados de indicadores na RAPS de Aracaju. **Instituto Cactus**, [s.l], 28 set. 2021. Disponível em: <https://institutocactus.org.br/gerando-sentido-para-quem-esta-na-ponta-da-saude-mental-dados-e-indicadores-na-raps-de-aracaju-2/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

JUSTO, L. P; CALIL, H. M. Depressão – o mesmo acontecimento para homens e mulheres?. **Revista Psiquiatria Clínica**, [s.l], 2016, v. 33, n. 2, p. 74-79. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/9RB3KWfCsmG3nCnLtf48nvF/#:~:text=Embora%20n%C3%A3o%20se%20possa%20deixar,Kessler%20e%20Walters%2C%201998>). Acesso em: 10 mar. 2022.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l], 2014, v. 19, n. 4, p. 1263-1274. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cp6H8fy9rSpQvGG3WcYXKB/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio. 2021.

LIPP, M. E; LIPP, L. M. N. Stress e transtornos mentais durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, 2020, v. 40, n. 99, jul./dez., p. 180-191. 2020. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200003#:~:text=Os%20resultados%20indicaram%20altos%20%C3%ADndices,grande%20incerteza%20quanto%20ao%20futuro. Acesso em: 10 mar. 2022.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNO: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2022.

MARTINS, T. C. S. **Racismo no mercado de trabalho**: limites à participação dos trabalhadores negros na constituição da “questão social” no Brasil. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10708>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MINAYO, C. S. de. (org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis, Vozes, 1997

MATEUS, M. D. (org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, A. da E. F. *et al.* Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. 1. ed. Aracaju: FUNESA, 2011.

OLIVEIRA, T. R. Governo Bolsonaro ameaça (de novo) desmanchar política de saúde mental. **Carta Capital**, [s. l], 16 dez. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/governo-bolsonaro-ameaca-de-novo-desmanchar-politica-de-saude-mental/>. Acesso em: 06 jan. 2021.

PASSOS, S. M. B. dos. **Mulheres/mães usuárias de crack: histórias de desproteção social**. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4578963. Acesso em: 17 maio. 2021.

PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL. Aracaju é referência nacional em rede de atendimento em saúde mental. **PCdoB**, [s.l], 28 ago. 2017. Disponível em: <https://pcdob.org.br/noticias/aracaju-e-referencia-nacional-em-rede-de-atendimento-em-saude-mental/>. Acesso em: 20 abr. 2022

PINTO, I. A; FILHO, P. Oliveira, de. Entre o cuidar e o excluir: cuidadores falando sobre o trabalho nos serviços residenciais terapêuticos. *IN*: VELÔSO, T. M. G; EULÁLIO, M. do. C. (org.). **Saúde mental**: saberes e fazeres. Campina Grande: EDUEPB, 2016. p. 275- 297.

REDAÇÃO CARTACAPITAL. 8,7 milhões de estudantes não tiveram aula em julho, aponta IBGE. **Carta Capital**, [s. l], 20 ago. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/educacao/87-milhoes-de-estudantes-nao-tiveram-aula-em-julho-aponta-ibge/>. Acesso em 26 ago. 2020.

REDAÇÃO CARTACAPITAL. Brasil registra 984 mortes e mais de 44 mil novos casos de coronavírus em 24h. **Carta Capital**, [s. l.], 27 ago. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/brasil-registra-984-mortes-e-mais-de-44-mil-novos-casos-de-coronavirus-em-24h/>. Acesso em 27 ago. 2020.

REDAÇÃO GALILEU. Mulheres e jovens são mais afetados por depressão e ansiedade na pandemia. **Galileu**, [s. l.], 09 out. 2021. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2021/10/mulheres-e-jovens-sao-mais-afetados-por-depressao-e-ansiedade-na-pandemia.html>. Acesso em: 03 mar. 2022.

ROCHA, F. L.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. **Revista Med. Minas Gerais**, [s. l.], 2015, v. 25, n. 4, p. 590-596, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1876>. Acesso em: 24 mar. 2021.

ROCHA, L. Condições de saúde mental são incompreendidas, aponta novo relatório da OMS. **CNN Brasil**, São Paulo, 16 jun. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/condicoes-de-saude-mental-sao-incompreendidas-aponta-novo-relatorio-da-oms/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ROCHA, R. C. **Dos Manicômios à Reforma Psiquiátrica: Uma Revisão Histórica dos Movimentos da Saúde Mental**. 2017. Monografia (Curso de Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6924/2/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20-%20TCC.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo estado da arte em educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, 2006, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez. 2006. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/24176>. Acesso em: 30 mar. 2021.

ROSSI, C. F. Desigualdade de Gênero e a Violência contra a Mulher no contexto da pandemia do coronavírus. **InformaSUS(UFSCAR)**, [s. l.], 3 set. 2021. Disponível em: <https://www.informasus.ufscar.br/desigualdade-de-genero-e-a-violencia-contr-a-mulher-no-contexto-da-pandemia-do-coronavirus/>. Acesso em: 22 maio. 2021.

SAFFIOTI, H. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? **Crítica Marxista**, São Paulo, Boitempo, 2000, v. 1, n. 11, p. 71-75. 200. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4300345/mod_resource/content/1/SAFFIOTI%20%20Heleieth.%20Quem%20tem%20medo%20dos%20sistemas%20patriarcais%20de%20pensamento.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2013, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hNyyHsFKnqKW7bq3Fz4sXgr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 12, p. 4021-4030. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/RJbPdTCPbgSFcMpMYjbh8Fv/abstract/?lang=pt#:~:text=Resumo-,Resumo,depress%C3%A3o%2C%20ansiedade%2C%20etc.> Acesso em: 02 mar. 2022.

SÁ-SILVA, J. R; ALMEIDA, C. D. de.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [s. l], v.1, n.1, 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/download/10351/pdf/0>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Sociedade Coletiva**, [s. l], 2009, v. 14, n. 4, p. 1177-1182. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9wRPZFx33WbWTM4FjrsPLTp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SANTOS, T. R. F. R. **As relações de trabalho de trabalho e de gênero dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju**. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5825954. Acesso em: 17 maio. 2021.

SANTOS, J. A. T. *et al.* Uso de substâncias psicoativas em mulheres em tratamento ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 72, p. 185-190, ju./ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pPhR9sYDd76KmgPygX3SzhK/?lang=pt#:~:text=Entre%20as%20consequ%C3%Aancias%20do%20uso,j%C3%A1%20havia%20iniciado%20tratamento%20anteriormente.> Acesso em: 18 abr. 2021

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p.71-99, jul./dez. 1995.

SOUZA, Fárida Maressa Loureiro. **Algumas reflexões acerca de gênero: uma perspectiva marxista**. Disponível em: <https://semanaecopol.files.wordpress.com/2013/10/gt-2-fc3a1rida-maressa-loureiro-esouza-algumas-reflexc3b5es-acerca-de-gc3aanero.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

SOUZA, Vanessa Bezerra de. Gênero, Marxismo e Serviço Social. **Revista Temporalis**, ano 14, n. 27, p. 13-31, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5017161f>. Acesso em: 16 mar. 2021.

TOKARNIA, M. Um em cada 4 brasileiros não tem acesso à internet, mostra pesquisa. **Agência Brasil**, Brasília, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/um-em-cada-quatro-brasileiros-nao-tem-acesso-internet>. Acesso em: 20 ago. 2020.

TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e loucura Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1997.

VARELLA, D. Ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada). **Drauzio Varella**, [s.l.], 4 mar. 2013. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/ansiedade-transtorno-de-ansiedade-generalizada/?noamp=mobile>. Acesso em: 03 mar. 2022.

VARELLA, D. Politizaram a pandemia e colocaram o Brasil em uma posição vergonha. **Carta Capital**, [s. l.], 10 ago. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/politizaram-a-epidemia-e-colocaram-o-brasil-em-posicao-vergonhosa/>. Acesso em: 16 ago. 2020.

XIMENES, R. A. A. *et al.* Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o *lockdown* e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Ciência & Sociedade Coletiva**, [s. l.], 2021, v. 26, n. 4, p. 1441-1456. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tPJ3Mn4n7RVMWBz4VyRFB5S/?lang=pt> . Acesso em: 15 maio. 2021.

YASUI, S; COSTA-ROSA. A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2008, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

ZANELLO, V; ANDRADE, A. P. M (org.). Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. *IN:* ZANELLO, V. **A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-56.

ZANELLO, V. Saúde mental, mulheres e conjugalidade. *In:* STEVENS, C; OLIVEIRA, S. R. de.; ZANELLO, V. (orgs.). **Estudos Feministas e de Gênero**: articulações e perspectivas. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2014. p. 108-118.

ZANELLO, V; FIUZA, G; COSTA, H. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, 2015, v. 27, n. 3, p. 238-246, set./dez. 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19541>. Acesso em: 24 set. 2019.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

I - Roteiro de Análise Banco CAPES

a) Dados de Identificação

- **Tipo de documento:** Banco de Teses e Dissertações da CAPES
- **Ano:** 2017, 2018, 2019, 2020.
- **Categoria:** Programas de Pós-Graduação em Serviço Social

b) Dados do conteúdo

- Tipo de documento
- Programa
- Autor
- Ano
- Título
- Objetivo

II – Roteiro de Análise DATASUS

a) Dados de Identificação

- **Tipo de documento:** Departamento de Informática do SUS (DATASUS)
- **Ano:** 2017, 2018, 2019, 2020
- **Categoria:** Morbidade hospitalar do SUS = Geral, por local de internação a partir de 2008

- **Local:** Aracaju

b) Dados do conteúdo

- Capítulo CID-10 = Transtornos mentais e comportamentais
- Sexo
- Faixa etária
- Cor/raça