



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

IONE MISSAE DA SILVA NAKAMURA

**MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL,
ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DA FUNDAÇÃO
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA, BELÉM-PA (2007-2008): UM
ESTUDO SOBRE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DAS MULHERES**

Belém, Pará
2010



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

IONE MISSAE DA SILVA NAKAMURA

**MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL,
ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DA FUNDAÇÃO
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA, BELÉM-PA (2007-2008): UM
ESTUDO SOBRE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DAS MULHERES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito pelo Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Mônica Prates Conrado.

Belém, Pará
2010

IONE MISSAE DA SILVA NAKAMURA

**MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL,
ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DA FUNDAÇÃO
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA, BELÉM-PA (2007-2008): UM
ESTUDO SOBRE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DAS MULHERES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito pelo Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Mônica Prates Conrado.

Banca de Defesa da Dissertação:

Prof.^a Dr.^a Mônica Prates Conrado – IFCH/PPGD/UFPA (orientadora)

Prof. Dr. José Cláudio Monteiro de Brito Filho – PPGD/UFPA (examinador interno)

Prof.^a. Dr.^a. Flávia Cristina Silveira Lemos – IFCH/UFPA (examinadora externa)

Prof.^a Dr.^a Denise Machado Cardoso – IFCH/UFPA (examinadora suplente)

Belém, Pará
2010

DEDICATÓRIA

Aos que precisam ser escutados e que precisam conquistar sua igualdade a partir das diferenças. Diferenças de pontos de vista e de partida para um objetivo comum: a dignidade da pessoa humana.

AGRADECIMENTOS

Somente a obra divina é perfeita e acabada. Todo o resto está em constante processo de desenvolvimento. Por isso, lembrar de Deus, em primeiro lugar, é agradecer a oportunidade de viver e aprender;

Este trabalho é fruto da gentileza das mulheres que consegui entrevistar ao longo da pesquisa e também dos médicos (as), psicólogas, enfermeiras e demais profissionais da saúde mental que me informaram seu cotidiano e relataram casos atendidos na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Cabe igualmente registrar o apoio da instituição FHCGV ao trabalho de pesquisa. A todos vocês o meu eterno agradecimento.

Ao Carlos pelo incondicional apoio, ao Kleber pelos livros, ao Fernando, Sandra, Débora, Josi, Mário, Paulo, Benedito, Heloisa, Val, pela ajuda direta ou indireta, a Cristina Lins pela contribuição, a Ana Karina pelas conversas, ao Lúcio pela formatação do texto;

Nenhuma conquista é realmente importante sem o apoio incondicional do companheiro, da família e dos amigos, daí a merecida homenagem a quem sempre me estendeu a mão nas horas mais difíceis: Meu querido René, companheiro e incentivador primordial desse momento; Minha mãe, pai, irmãos, sobrinhos Henrique e Júlia; minhas queridas amigas Juliana Fonteles e Felicia Fiuza, e amigos Gracilda Leão e Guilherme, Márcia e Márcio, Liandro Faro, Carol, Josi e Nirson, Fernandinho e Vanessa, Silvio, e todos que acompanharam essa jornada.

Agradeço o apoio que tive nas instituições em que laborei concomitante ao curso de mestrado: a Justiça Federal, especialmente à Dra. Lucyana Daibes e ao Dr. Neian Cruz, e dos companheiros de trabalho, especialmente, Maria de Fátima, Ana Cristina, Fagner, Cláudio, Cícero, Edvan, e toda a equipe do JEF. Ao CESUPA, na pessoa do Dr. Sandro Alex e de toda a equipe do curso de graduação em Direito, e, especialmente, dos queridos alunos que participaram dessa jornada. E, atualmente, a instituição que me abrigou - o Ministério Público do estado do Pará. Sem sombras de dúvidas foram momentos de grande transição em minha vida.

Um agradecimento especial a quem me fez companhia nessa trajetória: Meus diletos amigos Wladirson Cardoso, Fernando Louzada e Almiros Machado e demais acadêmicos (as) do curso de pós-graduação em Direito do ICJ da UFPA.

Sou muito grata também a minha orientadora Mônica Prates Conrado que me acolheu com paciência e dedicação e a todos os professores do Mestrado em Direitos Humanos, em especial, ao Dr. Paulo Weyl, Dr. Antônio Maués, Dr. José Heder Benatti, Dr. José Cláudio Monteiro de Brito Filho, Dra. Pastora do Socorro Teixeira Leal.

Um merecido agradecimento ao professor Ernani Chaves que me forneceu um pouco do seu precioso tempo para colaborar com empréstimo de seus livros e considerações importantíssimas;

E especial consideração às professoras Violeta Refkalefsky Loureiro e Flávia Cristina Silveira Lemos pelas inestimáveis contribuições na banca de qualificação;

À Nilza e Liliane, pela compreensão nas dificuldades e pela ajuda nas adversidades.

“Todas as pessoas com problemas mentais, ou quem está sendo tratado como aquelas pessoas, devem ser tratadas com humanidade e respeito inerente a dignidade da pessoa humana...”. Princípios das Nações Unidas para Proteção das Pessoas com Problemas Mentais, Assembléia Geral, Resolução 46/119 de 17/12/1991.

RESUMO

A presente dissertação aborda o atendimento dispensado às mulheres diagnosticadas com transtorno mental em instituições de saúde mental, especificamente, as mulheres em tratamento de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, localizado na cidade de Belém, no estado do Pará. A ênfase às diversas formas de violação de direitos das mulheres relatadas por elas mesmas é ponto alto do presente estudo. Analiso também relatos de acompanhantes, em sua maioria também mulheres, e ainda da equipe de saúde mental, segundo fontes diversas (prontuários e depoimentos). Tanto nos depoimentos quanto nos relatos as falas das mulheres diagnosticadas com transtorno mental são deixadas em plano secundário, e geralmente, ignoradas. E, em segundo momento, debruço-me sobre as políticas públicas existentes para pessoas diagnosticadas com transtorno mental com interesse voltado às mulheres, sob enfoque da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da Carta de Princípios da Organização das Nações Unidas sobre a proteção das pessoas com problemas mentais (1991) destacando o princípio da dignidade e a necessidade do exercício pleno da cidadania às mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

Palavras-Chave: Violência contra a mulher; saúde mental; instituições de saúde mental; mulheres diagnosticadas com transtornos mentais.

ABSTRACT

This work studies the treatment given to women diagnosed with mental illnesses in mental facilities, specifically, the women under treatment at Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em Belém, Pará. It emphasizes the several ways of women's violations, whose own speeches were accounted for this work as a high point. It also analyzes the companions, most of them women, and staff's speeches, considering several sources (prompt books and testimonies). Both in testimonies and speeches, the women diagnosed with mental illnesses are normally despised, and, generally, ignored by government officials. After this, I dedicated myself to the study of public policies cut for these diagnosed persons with mental health. I also studied the Brazilian Federal Constitution (1988) and The Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care(United Nations, 1991), highlighting the principle of human dignity, as well as the necessity of full exercise of citizenship by women diagnosed with metal illnesses.

Key Words: Violence against women; mental health; mental health facilities; diagnosed women with mental illnesses.

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICO 1 – Nº DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS DE 1992 A 2003	57
GRÁFICO 2 - Nº DE CAPS DE 1992 A 2003	57
QUADRO 1 – BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS POR ESTADO – JULHO/2003	58
QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO ESTADO DO PARÁ	59
QUADRO 3 – NÚMEROS DE INTERNAÇÕES NO ESTADO DO PARÁ (2007)	60
QUADRO 4 – NOMES, CASOS E FORMA DE APROXIMAÇÃO	80
QUADRO 5 – PRINCÍPIOS E DEFINIÇÕES CONTIDAS NO II PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES	148
QUADRO 6 – META E PRIORIDADE RELATIVAMENTE À SAÚDE MENTAL DA MULHER COM TRANSTORNO MENTAL	150

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPITULO I – NOTAS SOBRE A PESQUISA E SUAS OPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	17
1.1 DAS MOTIVAÇÕES PROFISSIONAIS E DOS OBJETIVOS DA PESQUISA	17
1.2 DO APORTE TEÓRICO E DE ALGUMAS OUTRAS NOTAS	19
1.3 IMPRESSÕES INICIAIS ACERCA DO LOCUS DA PESQUISA	22
1.4 SOBRE O AMBIENTE DE IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA “LOUCURA”	24
1.5 DA APROXIMAÇÃO ENTRE ANTROPOLOGIA E DIREITO	38
CAPÍTULO II – DAS CONCEPÇÕES DE LOUCURA À DOENÇA MENTAL E AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL DISPENSADAS ÀS MULHERES	47
2.1. AS CONCEPÇÕES DE LOUCURA, O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA E DA DOENÇA MENTAL E AS BASES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	47
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PARÁ	54
2.3. INIQUIDADES NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL CM RELAÇÃO ÀS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL	68
CAPÍTULO III – O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS E AS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, MULHERES ATENDIDAS E FAMILIARES	79
3.1. MINHA INSERÇÃO NO CAMPO DA PESQUISA	79
3.2. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	83

3.3. AINDA SOBRE O HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA	87
CAPÍTULO IV – VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES, INIQUIDADES NO ÂMBITO JURÍDICO E PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES	106
4.1 RELATOS DAS SITUAÇÕES DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DAS MULHERES	106
4.2 INIQUIDADES NA VISÃO JURÍDICA DA TUTELA DA MULHER DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE	122
4.3 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL	138
4.4 PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	160
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A realidade a que mulheres diagnosticadas com transtorno mental são submetidas em instituições de saúde mental pode servir de subsídio para pensar políticas públicas integradas e que venham beneficiar a construção de um Estado de Direito que inclua efetivamente os mais diversos grupos, notadamente no estado do Pará.

A questão da saúde pública e de gênero será abordada na pesquisa, destacando-se a importância da reformulação de ideias e incentivo a reflexões acerca do tema na sociedade e na academia, desvelando preconceitos e problemas a serem superados, visando, pois, debater acerca da construção de direitos das mulheres diagnosticadas com transtorno mental, lançando mão de normas do ordenamento jurídico existente, como as convenções internacionais de proteção da mulher e da pessoa com transtorno mental, bem como a Lei Maria da Penha e a Lei da Reforma Psiquiátrica, objetivando inserir nesse contexto a realidade sociocultural como importante para o reconhecimento social das mulheres em condição de tratamento da saúde mental.

Destarte, alguns questionamentos foram os móveis da construção deste texto e deram ensejo às perguntas que pretendem ser desdobradas para fins de dissertação: 1) “Quais formas de violação de direitos humanos relatam as mulheres com transtorno mental e a equipe de saúde mental?”; 2) “Há tratamento diferenciado no serviço de saúde pública, especialmente, na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HC), para mulheres diagnosticadas com transtorno mental?”; 3) “A fala da mulher com transtorno mental que sofre ou sofreu violência é levada em consideração pelos profissionais e familiares?”; e, finalmente, 4) “As políticas públicas para mulheres e para saúde mental existentes contemplam à mulher diagnosticada com transtorno mental?”

Para tentar responder a esses questionamentos, a pesquisa pautou-se numa investigação empírica (observação participante, entrevistas e alguns relatos) e revisão bibliográfica (pontual). A observação participante consistiu, basicamente, em acompanhar o atendimento dos profissionais da saúde mental nos diversos setores do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna: emergência, internação e hospital-dia, bem como analisar o espaço e a forma como se dão as relações entre profissional e mulheres atendidas e as relações entre acompanhante (familiares) e mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

No decorrer da pesquisa, a adoção da técnica da entrevistas foi pouco utilizada em razão dos sujeitos envolvidos, uma vez que as mulheres diagnosticadas com transtorno mental possuem situações particulares e diferentes níveis de comprometimento psíquico durante o atendimento no setor de saúde mental o que dificultou a realização de muitas entrevistas. A maior parte dos casos foram coletados a partir da observação e de histórias relatadas pela equipe de saúde mental.

No registro das informações, o uso do gravador não foi possível, dada as regras internas estabelecidas no espaço de pesquisa para salvaguardar a identidade da fonte e não chamar a atenção das pessoas que se encontravam em tratamento.

Assim, foi utilizado como registro apenas o caderno de campo e não foi pré-definido o número de mulheres que seriam entrevistadas. Mas pode-se afirmar que, preliminarmente, foram registradas três entrevistas, nos moldes acima definidos com mulheres diagnosticadas com transtorno mental. O que me deu a possibilidade de analisar partes das histórias de vida de três mulheres em tratamento no serviço de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HC), mediante a construção de laços de confiança, a partir do momento em que me dispunha a ouvir o que elas tinham a dizer.

A confiabilidade por mim conquistada, como pesquisadora que se inseriu no campo – ainda que de forma descontínua: observando inicialmente, e depois participando de algumas atividades, a partir de um trabalho voluntário de orientação jurídica aos usuários e familiares no setor de saúde mental do hospital, chegando a participar como convidada, pela confiança depositada, de algumas reuniões técnicas da equipe de saúde mental em nome do contato feito além-muros e de conhecer psiquiatras anteriormente a minha estada no hospital – permitiu-me vasculhar, de forma mais precisa, a realidade das mulheres que são levadas a tratamento psiquiátrico como a mais diversa possível. Com feito, o trabalho passou por alguns entraves, um deles porque nem todas permitiram a aproximação para tratar da temática em que me debruço.

A partir da observação participante e do registro das informações obtidas e anotadas em um caderno de campo, foi possível pensar em trabalhar com relatos de mulheres diagnosticadas com transtorno mental que sofreram situações de violência. Há facilitadores da violência doméstica e familiar, violência sexual e de várias outras formas de violência, em razão da desconsideração (social e jurídica) de seu papel como sujeito pleno de direitos. Suponho, a partir dos relatos registrados neste estudo, que, quando uma mulher em situação de violência é diagnosticada com algum tipo de transtorno mental, há manifesto descrédito com relação a sua fala, seja pela instituição de saúde mental ou pelo

Poder Judiciário, cujos profissionais encontram-se arraigados de visões essencializadas – o que pode prejudicar e muito a saúde mental da mulher, a resolução jurídica das lides e, conseqüentemente, a punição de eventuais agressores.

Realizei 14 (quatorze) visitas de campo ao Hospital de Clínicas (HC), durante os anos de 2007 e 2008, e, nesse período, as mulheres que se encontravam naquele espaço hospitalar eram maiores de 18 anos de idade, sendo que a maioria delas era negra (preta e parda), de baixa renda (pobres), moradoras dos bairros de periferia da cidade de Belém. Algumas das mulheres atendidas também vieram do interior do estado do Pará, por meio de ambulâncias das prefeituras, visto que grande parte dos municípios paraenses não possui rede de atendimento em saúde mental.

Neste sentido, para tentar compreender melhor a realidade dessas mulheres que, por sua vez, foram diagnosticadas com transtorno mental, bem como toda a dinâmica dos processos sociais que envolvem a mulher que sofre com algum problema psíquico, dividiremos o presente trabalho do seguinte modo: no primeiro capítulo, discutir-se-ão as bases metodológicas que sustentam as análises realizadas, em vista da importância teórica das categorias discutidas ao longo do trabalho. Ao passo que no segundo capítulo, pontuar-se-ão as concepções de loucura e o nascimento da psiquiatria e da doença mental, percorrendo, assim, as linhas mestras da política de saúde mental no Brasil e, em especial, no Pará, especificamente no que concerne às iniquidades no atendimento em saúde mental, doravante no que se refere à saúde pública e coletiva de mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

Registra-se a concepção da loucura e da doença como construção social que marca uma perspectiva de gênero, a partir da assimetria no tratamento e na escuta social da mulher, especialmente, quando se descrevem casos de violência, seja violência doméstica e familiar, seja violência sexual cometida por funcionários do hospital, seja violência pela interdição de direitos, perda da guarda dos filhos entre outras situações relatadas por elas mesmas (mulheres diagnosticadas com transtorno mental) ou pela própria equipe de saúde mental, quando em contato com esta pesquisa.

Ressalte-se, ainda, que o local da pesquisa deve ser abordado considerando as discontinuidades no que se concebe por loucura e doença mental e o tratamento de saúde mental produzido, notadamente, destacando o contexto da reforma psiquiátrica, no processo de construção de uma atenção integral à pessoa acometida de transtorno mental.

Assim, a construção da pesquisa perpassa pela escolha metodológica da observação participante e do registro da informação obtida no campo, utilizando-se o

caderno de campo, os relatos da equipe de saúde mental e o próprio relato das mulheres, a partir de conversas informais sobre aspectos da história de vida (visão de mundo) das mulheres acometidas de transtorno mental com experiência de violência e/ou de violações de direitos, submetidas a tratamento na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

Portanto, no terceiro capítulo, tratar-se-ão das relações entre profissionais, usuárias do serviço de saúde mental e acompanhantes/familiares atendidos pelo Hospital de Clínicas de Belém, compondo o quadro de observações registradas pela pesquisa de campo.

No quarto e último capítulo, abordar-se-á a questão da violação de direitos humanos das mulheres, das iniquidades na visão jurídica da tutela da mulher diagnosticada com transtorno mental grave e na busca de formas possíveis para concretização da cidadania feminina, apontando para a necessidade de promoção de redes de atendimento integradas da saúde da mulher que perpassem pelas incorporações das demandas sociais, inclusive, visando à proteção das mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

Neste trabalho se dará ênfase às histórias das mulheres sob enfoque da violação de direitos, colocando-se num plano secundário o espaço de tratamento, a doença e de como a visão jurídica complementa essa exclusão e segregação social. Embora não se pode olvidar a relação existente entre saúde mental, violência e direito.

A guisa de conclusão, pretende-se responder se foi possível verificar as questões problematizadas ao longo da abordagem escolhida e trazer um pouco da realidade social que me foi possível perceber e traduzir aos olhares da Antropologia e dos Direitos Humanos.

CAPITULO I – NOTAS SOBRE A PESQUISA E SUAS OPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1 DAS MOTIVAÇÕES PROFISSIONAIS E DOS OBJETIVOS DA PESQUISA

Este trabalho tem como objeto de estudo as mulheres diagnosticadas com transtorno mental atendidas pelo serviço de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém-Pa (2007-2008): um estudo sobre violação de direitos das mulheres, desenvolvido a partir de uma experiência pessoal vivida com essas mulheres.

A expressão mulheres diagnosticadas com transtorno mental não desconsidera o emprego da categoria usuárias dos serviços de saúde mental, porém, procura ir além das nomenclaturas utilizadas pelos profissionais de saúde mental que entendem *usuárias* ou *pacientes* geralmente como agentes passivas de um tratamento imposto, em vista de uma concepção hospitalocêntrica que significa, em síntese, um modelo centrado no hospital e nas práticas médicas. Neste sentido, portanto, busca-se compreender os elementos ou os aspectos que fazem parte deste constructo que enquadra estas mulheres.

Em outras palavras, pode-se dizer que este trabalho busca entender o que se faz valer como um determinado atendimento (saúde mental), que, por sua vez, não leva em conta as especificidades individuais das mulheres atendidas, quando se enquadram na nomenclatura: mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

É importante notar, todavia, que essas mulheres¹ não se veem, necessariamente, como *pacientes*, mas sim como pessoas; logo, sujeitos dotados de direitos, que se encontram numa situação adversa causada por uma sucessão de perdas (de auto-estima, de um ente querido, derivada de um trauma emocional ou físico, para citar alguns exemplos) que lhes ocorreu em determinado momento de suas vidas.

Todavia, não se pretende fazer aqui uma catalogação das doenças que se enquadram como transtorno mental e nem localizá-las em cada um dos casos demonstrados; mas sim, refletir sobre a institucionalização e a doença, o que a medicina psiquiátrica convencionou chamar de transtorno mental e de suas implicações, especificamente num contexto jurídico (de interdição e de violação de direitos), e ainda

¹ Todas as mulheres com quem conversei ou tive acesso a sua história, seja por meio de relato de profissionais, seja pela leitura do prontuário, seja pela observação, tiveram seus nomes modificados para proteger sua real identidade.

numa perspectiva vinculada às questões relativas ao gênero, cor e classe social, ainda que de forma bastante tímida. Sob este último aspecto, compreendo que tal marca adquire uma dimensão que está para além das grades do hospital, para toda uma vida.

Pode-se dizer, portanto, que a ideia de um estudo sobre mulher diagnosticada com transtorno mental e violação de direitos humanos surgiu através do contato com a equipe de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém do Pará, nos anos de 2005 a 2006. Naquela época, fui pela primeira vez conhecer a instituição hospitalar Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, que é referência em psiquiatria no estado, e também me foi possível frequentar a emergência, o ambulatório, o hospital-dia e a ala de internação feminina psiquiátrica em visitas não previamente agendadas que ocorreram em intervalos mensais, de forma que a convivência foi descontinuada.

Nesse contato, pude perceber que o olhar do médico-psiquiatra e de outros atores/agentes daquele lugar se restringia à doença mental e que existiam outras situações como desemprego, separações conjugais, falta de moradia e sinais de violência simbólica, que levavam aquelas mulheres ao serviço de saúde mental, mas que não eram levadas em consideração² ou eram secundárias na avaliação médica. Afinal, o saber médico é construído a partir do diagnóstico e do tratamento da doença. Mas o trato dos sintomas isolados de seu contexto social levanta críticas aos psiquiatras e outros especialistas que, em alguma medida, serão indicados ao longo do meu trabalho.

Ao mesmo tempo, a existência de um espaço de emergência e internação psiquiátrica me intrigava bastante. Nesses ambientes observei pessoas alijadas do pleno convívio social e da condição de sujeitos de direitos, pois alguns estavam contidos química e mecanicamente ao leito hospitalar. A contenção mecânica ou física é uma técnica que amarra o paciente à cama, por meio de faixas de pano nos pulsos e nas pernas. A contenção química é o uso de medicamentos neurolépticos³ que podem promover diversas reações, permitindo, conforme a explicação psiquiátrica, servir de um

² Não serem levadas em consideração, a meu ver, significa que o foco da atenção médica não é a pessoa como ser integral, limitando-se o atendimento à simples percepção de características que se adequam a uma doença mental, ou seja, a pessoa se torna objeto da intervenção médica com o fim de tratar uma conduta social considerada doença mental, desconsiderando-a enquanto existência humana singular e peculiar inserida em padrões e normas sociais e culturais específicas.

³ Medicamentos Neurolépticos, também conhecidos como antipsicóticos são medicamentos inibidores das funções psicomotoras, como é o caso da excitação e da agitação. Paralelamente, eles atenuam também os distúrbios neuropsíquicos ditos psicóticos, tais como os delírios e as alucinações. São substâncias químicas sintéticas, capazes de atuar seletivamente em células nervosas que regulam os processos neurológicos no homem e a conduta em animais. Fonte: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=282&sec=61>, acesso em 18.08.09.

“controle emocional”. Ambas são técnicas utilizadas pelos profissionais que lidam com a saúde mental.

Entendia tal atitude como uma violação da dignidade da pessoa e de seus direitos, ao contrário da visão dos profissionais da saúde mental que percebiam como procedimento usual do tratamento.

Para o discurso médico-científico (ABREU et al, 2006), a configuração da sanidade mental se dá mediante a observação de onze funções mentais, quais sejam: orientação, senso-percepção, consciência, memória, atenção, inteligência, pensamento, linguagem, afeto, conduta e juízo crítico. Percebe-se, então, que há, na visão desses profissionais, a possibilidade de variação do comprometimento das funções mentais a partir desses critérios. Logo, apesar de muitas pessoas terem algum tipo de transtorno mental, apenas os casos considerados graves, que impossibilitavam uma vida produtiva em sociedade, é que configuram objeto de intervenção médica e jurídico-Estatal (internação médica e processo de interdição).

1.2 DO APORTE TEÓRICO E DE ALGUMAS OUTRAS NOTAS

Diante das situações observadas no interior do setor de psiquiatria do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, questionava-me: Como se pode conceber a interdição sumária de direitos fundamentais oriundas do parecer do médico psiquiatra? Isto me conduziu à leitura dos livros de Michel Foucault, especialmente, *A História da Loucura na Idade Clássica* (1997), *Microfísica do Poder* e *Vigiar e Punir*, que possibilitaram uma compreensão dos mecanismos de sujeição e controle, articulados com relações de poder e suas imbricações com as formas de saber científico.

A História da Loucura na Idade Clássica pôde trazer duas reflexões úteis a esse trabalho: a contestação da internação do louco como solução para a loucura e o domínio exercido pelas concepções médicas no tratamento da loucura, na relação entre poder-saber e loucura-doença. Em *Microfísica do Poder* ressalta-se a relação poder e saber sobre a loucura. Já em *Vigiar e Punir* pode-se observar que da história do nascimento da prisão derivaram noções fundamentais sobre a política do corpo e a compreensão das condutas que sobre ele se operam constantemente em sociedade.

Percebe-se que o olhar de Foucault está atento aos que se encontram às margens da sociedade: os loucos, os leprosos, os criminosos, os desviados, os hermafroditas, os

assassinos. Inclusive, numa entrevista, perguntado sobre seu interesse pelos que a sociedade rejeita, respondeu que:

Eu analiso figuras e processos obscuros por duas razões: os processos políticos e sociais que permitiram colocar em ordem as sociedades da Europa ocidental não são mais aparentes: foram esquecidos ou transformados em habituais. Estes processos fazem parte de nossa paisagem mais familiar; e não os vemos mais. Porém, em seu tempo, a maioria deles escandalizou as pessoas. Um dos meus objetivos é mostrar às pessoas que um bom número de coisas que fazem parte dessa paisagem familiar – que as pessoas consideram como universais – não são senão resultados de algumas mudanças históricas muito precisas. Todas as minhas análises vão contra a ideia de necessidades universais na existência humana. Mostram o caráter arbitrário das instituições e nos mostram qual é o espaço da liberdade que ainda dispomos e que mudanças podemos ainda efetuar⁴.

Com efeito, a descontinuidade é a maior expressão teórica da liberdade na obra de Michel Foucault, já que, para o autor, a mudança histórica não ocorre por uma necessidade ou contradição interna. Da mesma forma, para Foucault, vigilância, medicina e justiça são formas de exercício de controle sobre a vida com propósitos específicos e de funções definidas para o mundo (racionalidade) Ocidental.

Desse modo, recorri inicialmente às leituras de Michel Foucault para ajudar a pensar e construir o presente trabalho, tendo em conta que os utilizei apenas como um norte, pois não é objetivo deste texto debruçar-se profundamente sobre as obras deste filósofo.

A partir de leituras pontuais de obras de Foucault, percebi um ponto de convergência entre o Direito e a Psiquiatria que, por sua vez, obtinha como resultado uma forma de segregação de certos grupos de pessoas, digo: as que fossem diagnosticadas, a partir do saber médico, como “portadoras” de uma doença mental, o que, portanto, levaria à suspensão de alguns direitos, como, por exemplo, a autonomia e a dignidade que, por sua vez, comprometem significativamente a plena cidadania.

Isso ocorre no âmbito prático efetivo: para exemplificar, cito a interdição de direitos decorrente da curatela ou ação de interdição, prevista no artigo 1.767 do Código Civil brasileiro, para tornar sem validade atos jurídicos praticados pelas pessoas que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua

⁴FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. Paris:Gallimard, 1994, vol. IV, pp. 777-783. (Verité, pouvoir et soi. entretien avec R. Martain, Université du Vermont, 25 de octobre 1982), Traduzido por Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em < <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/>>, acesso em 08.08.09.

vontade; os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos; os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; e os pródigos. Essas pessoas não podem se casar, realizar negócios comerciais, sem o acompanhamento de curador ou de responsável pelo interdito.

Também pode se manifestar com a aplicação de medidas de segurança, prevista no artigo 96 do Código Penal, quando a pessoa com transtorno mental grave, por exemplo, era ao tempo da ação ou omissão, incapaz de entender o caráter ilícito do ato praticado que ofende a lei penal brasileira. Assim, embora responda ao processo criminal, ao final, não lhe é aplicada uma sanção, mas uma medida de segurança que consiste em tratamento ambulatorial ou internação psiquiátrica por um período indeterminado. No estado do Pará, pode-se afirmar que o Pólo Penitenciário de Americano I, localizado no Município de Santa Izabel do Pará, há aproximadamente 100 quilômetros da capital, possui uma ala específica para atender pessoas submetidas à medida de segurança.

Acerca de categorias jurídicas, indaguei-me de que forma esse poder médico poderia interferir na saúde mental das mulheres, a partir do enquadramento de doenças mentais. E qual seria o impacto desse poder em sua cidadania e na formulação de políticas sociais? Essas foram questões iniciais que serviram como mote e de impulso à pesquisa. Percebi que a formação médica em nome da neutralidade científica poderia escamotear preconceitos arraigados em uma visão distorcida e equivocada ao próprio sentido de cultura o que permitiria a construção da ideia de que a mulher é mais propensa a encontrar-se em situação de crise em função de suposta fragilidade emocional, que a torna mais propensa à loucura! Falas naturalizadas sob a base das desigualdades de gênero.

Cabe pontuar que a literatura sobre a temática da loucura, da saúde mental, de gênero, em regra, não se interrelacionam nas produções pesquisadas, obtendo poucos trabalhos sob a perspectiva gênero e saúde mental mencionando, neste ensejo, Engel (2001) que escreveu sobre a história das mulheres no Brasil, dedicando um capítulo para tratar de mulheres e a loucura, (Silveira (2002) que aborda as iniquidades no atendimento à saúde ligada a gênero, Ludermir (2008) que trata de gênero, classe e doença mental, e Drezett (2000) que aborda atendimento integral à vítima de violência sexual.

Recorri também à leitura de trabalhos acadêmicos produzidos por profissionais da psicologia, enfermagem e psiquiatria que possuem contato mais próximo com o tema relacionado à saúde mental e à reforma psiquiátrica, podendo citar: Gondin (2001), Cintra

Junior (2001), Dias (2001), Alarcon (2002), Gradella Junior (2002), Barros (1994), Barros (2001), Silveira (2005), Abreu (2006), Lobosque (2006), Pontes (2006).

Entretanto, no âmbito jurídico, foi ainda mais difícil colher fontes de pesquisa bibliográfica para construção do trabalho, podendo destacar Silva (1985) que aborda a representação da sexualidade feminina no direito penal e Mattos (2006) que trata da relação entre crime e psiquiatria, tratando da medida de segurança. Finalmente, no que se refere ao tema da dignidade da pessoa humana, utilizei Kant (1886), Perez Luño (1995) e Sarlet (2007).

1.3 IMPRESSÕES INICIAIS ACERCA DO *LOCUS* DA PESQUISA

No local de pesquisa escolhido - o setor de psiquiatria da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém, estado do Pará - não me foi possível fazer um acompanhamento de todas as mulheres que obtiveram atendimento de saúde mental, em razão de que a demanda que ingressava no hospital é espontânea e ocorria durante vinte e quatro horas, diariamente, e o horário que me foi disponibilizado para as visitas ao local de pesquisa se restringia a uma vez por semana, em dias e horários diferenciados, com intuito de observar como o atendimento ocorria no hospital.

Pude observar, aproximadamente, cerca de 15 (quinze) atendimentos no setor de emergência e triagem, considerada a porta de entrada do setor psiquiátrico, que se dedica ao atendimento inicial e encaminhamento aos demais setores. Observei cinco atendimentos na internação feminina psiquiátrica e trinta atendimentos no setor do hospital-dia. Ao todo, foram quatorze visitas realizadas durante o período de fevereiro de 2007 a março de 2008.

Cada dia de visita era em um turno (manhã das 07 às 13 horas; tarde das 14 horas às 19 horas e noite das 20 horas até 01 hora), que durava em torno de seis horas. Não tive condições de acompanhar o plantão pela madrugada (de 02 às 06 horas), mas nesse horário havia menor ingresso de mulheres, segundo relato dos médicos do hospital com quem conversei. Pela manhã, ao contrário, era notório o número elevado de atendimentos, especialmente na emergência e triagem. Durante o período matutino e vespertino era bastante freqüentado também o setor do hospital-dia.

A internação possui número de internos de acordo com os leitos disponíveis (48 leitos ao todo, sendo 24 femininos e 24 masculinos). Quase sempre há mais pessoas que tem indicação médica de internação do que vagas na ala de internação do hospital (que possui 48 leitos). Há uma procura constante por essas vagas na internação psiquiátrica pelos familiares que buscam atendimento para seus parentes que se encontram no atendimento de saúde mental. Os médicos, juntamente com a equipe de saúde mental, fazem uma triagem, ou seja, uma escolha dos casos considerados mais graves e urgentes para abrigar na internação e dos que podem ser tratados com acompanhamento medicamentoso no seio familiar. Da mesma forma, a equipe médica promove a alta dos que considera como aptos a sair da internação e em condições de continuar o tratamento no hospital-dia.

No hospital-dia pude conhecer mais de perto as situações específicas de três mulheres da cidade de Belém que entrevistei: Marta do bairro da Terra Firme, Miriam do bairro de Icoaraci e Maria José do bairro da Marambaia - cujos nomes foram modificados para lhes preservar a identidade e que me disseram, do decorrer do trabalho, como sentiam seus direitos violados. Cabe destacar que o meu objetivo é uma análise sob o enfoque interpretativo, a partir do que pude perceber e das entrevistas, em especial, com essas três mulheres.

Nos demais casos apresentados (Ana, Roberta, Joana, Márcia, Amanda, Carmem, Odete, Márcia, Alice, Maria, Maria Mariana) pude apenas anotar brevemente informações sobre essas mulheres observadas por mim ou relatadas por um membro da equipe de saúde mental.

Cada relato é um exemplo das diversas formas de manifestação da violência, que podem ter origem no âmbito doméstico e familiar, a qual se amoldariam ao disposto na Lei Maria da Penha⁵; vindo a ocorrer também no âmbito público ou institucional, podendo ser praticados por pessoas supostamente desconhecidas ou, até mesmo, pelos próprios servidores que trabalham no serviço de atendimento de saúde.

Neste sentido, a violação de direitos se apresenta de forma diferente para cada mulher. Enfim, tudo que percebi ao longo da pesquisa de campo foi importante para pensar um estudo no campo dos direitos humanos das mulheres.

⁵ A Lei 11.340/2006 também conhecida como Lei Maria da Penha é uma política de proteção dos direitos das mulheres que visa coibir a violência doméstica e familiar consistente em agressões verbais, morais, sexuais, físicas e patrimoniais praticadas contra mulheres por pessoas da sua relação familiar, de parentesco ou afetiva, dentro ou fora do lar. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm > acesso em 09.09.09.

1.4 SOBRE O AMBIENTE DE IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA “LOUCURA”

Após observar os atendimentos de triagem na emergência psiquiátrica, pude perceber que muitas mulheres diagnosticadas com transtorno mental eram estigmatizadas e destituídas de direitos (como a perda da guarda dos filhos, da perda do emprego, do abandono do companheiro ou marido só para citar alguns exemplos), ao mesmo tempo em que padeciam de uma série de violências (moral, psicológica, patrimonial, física, sexual) sob a égide da Lei 11.340/2006⁶ dentro do contexto doméstico e familiar. Todavia, não se pode perder de vista que também ocorriam situações de violência fora desse âmbito doméstico e familiar, como uma eventual agressão sexual por parte de um funcionário, no âmbito hospitalar, por exemplo.

O atendimento inicial, no setor de emergência ou triagem, era feito por dois médicos por turno, em dois consultórios que funcionavam anexos a um salão comum, que recebiam homens e mulheres em idade adulta (a partir de 18 anos), devidamente acompanhados de um acompanhante/familiar, vigiados por um porteiro que dava acesso ao local e dois enfermeiros com a função de tentar acomodar as pessoas para aguardar sua vez para atendimento médico e também cumprir a receita prescrita após o atendimento com o(a) psiquiatra. Esse acomodamento dos pacientes consiste em receber os que chegam ao setor, distribuindo as pessoas em oito leitos ali existentes. Há um número excedente de pessoas que buscam atendimento, especialmente pelo turno da manhã, tendo eles que improvisar acomodações em macas e cadeiras, e, não raro, no chão.

Presenciei em dias de grande procura pelo atendimento psiquiátrico no turno da manhã, o setor de emergência e triagem com 20 (vinte) pacientes e seus respectivos acompanhantes num salão que mede aproximadamente cinco metros por quatro metros.

Havia uma mulher jovem (que nominarei de Rita) sentada no chão, balançando a cabeça para frente e para trás, sem falar nada. A enfermeira me relatou que tinha separado uma cadeira para ela ficar, mas que a mesma havia preferido ficar bem no meio do salão, nesse vai e vem. Havia outra mulher (que chamarei de Rosa), mais idosa, muito comunicativa e que queria falar logo com o médico, perguntava bastante para todos que passavam ali, inclusive para mim, se já era sua vez, e logo em seguida afirmava que era sua vez; ela conversava comigo e ia embora, logo voltada e indagava de novo; e assim

⁶ Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm> acesso em 09.09.09.

ficava percorrendo o salão de um lado para outro conversando com as pessoas. No salão havia um barulho de muitas conversas, alguns gritos e gemidos de dor e de revolta de quem ali se encontrava.

Em casos de agitação e de ações compreendidas como de agressividade, assim percebida pela equipe médica, como tentativa de fuga do local, não aceitação da medicação ou reação com uso da força física aos comandos dados pela equipe de saúde mental, o médico era acionado imediatamente para prescrição e a equipe de enfermeiros aplicava uma injeção com intuito de ajudar na contenção da pessoa.

Após o efeito da medicação, a mulher era ouvida, acompanhada do familiar que, na verdade, era quem relatava a situação. Percebia-se que a pessoa ali submetida ao suposto tratamento, embora negasse ou não lembrar-se dos fatos relatados, não importava muito já que tudo que era registrado no prontuário médico se baseava praticamente na narrativa do familiar/acompanhante. O prontuário médico é o local em que é registrada a informação sobre o paciente, os fatos e as características que vão ensejar o diagnóstico da doença a indicação do tratamento médico (ver modelo no anexo). Nos quinze prontuários que tive acesso, percebi que, em média, era escrita de três a seis linhas no campo destinado aos fatos relatados pela pessoa considerada paciente e seu familiar ao médico.

A exigüidade do relatório se deve, segundo discurso do médico que estava atendendo, ao grande número de pessoas para atendimento (cerca de 15 a 20 pelo turno da manhã, entre homens e mulheres). Na observação durante a parte da manhã do dia 07.08.2008, verifiquei que eram menos mulheres que homens na sala, mas as mulheres eram mais comunicativas, cerca de 10 (dez) mulheres conversavam com os médicos durante os atendimentos de triagem. Observei três casos de mulheres que não manifestavam nenhuma resposta aos questionamentos médicos, e dois casos demonstravam certa agressividade percebida pela não aceitação ao tratamento. Em todos os casos observados, a fala da pessoa atendida não era levada em consideração pelo médico e pelos familiares, sendo submetida, à condição de doente mental, onde o diagnóstico da doença era o centro das atenções.

Daí a minha indignação e a tentativa de compreender como a suspensão de direitos nos casos de mulheres com transtorno mental é exercida como estratégia de legitimação de um saber médico, decorrente das práticas exercidas pela equipe de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Afinal, essas mulheres que lá se encontram possuem uma história e subjetividades que vem à luz, em alguma medida, na pesquisa que desenvolvi.

Registre-se que a capital paraense conta com população de 1.408.847 habitantes⁷ e seus serviços estão interligados à região metropolitana⁸. Depois de Belém, apenas os municípios de Abaetetuba⁹, Castanhal¹⁰, Bragança, Goianésia do Pará¹¹, Santa Isabel do Pará¹² e Parauapebas¹³ dispõem de atendimento de saúde mental ambulatorial dentre os 143 municípios existentes no estado, denominado Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), com atuação na equipe de psicólogos, além do médico psiquiatra¹⁴.

O Centro de Apoio Psicossocial, segundo Manual do Sistema Único de Saúde (SUS) de Saúde Mental¹⁵, é um serviço de saúde aberto e comunitário, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida. Os CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) podem ser de tipo I, II, III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantojuvenil). Para sua implantação deve-se primeiro observar o critério populacional, cujos parâmetros são definidos conforme o que dispõe a Portaria GM nº. 336, de 19/02/02.

A Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde nº. 336, de 19/02/02, do Governo Federal, dispõe que:

- Municípios até 20.000 habitantes – rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

⁷ Segundo informações do IBGE, disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.2009, a população de Belém em 2007 é de 1.408.847 habitantes.

⁸ A região metropolitana de Belém é composta pela conurbação dos Municípios de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará, perfazendo um total de 2.249.405 habitantes, segundo informação do IBGE, estimativa 2008. Disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.09.

⁹ Abaetetuba possui 132.222 habitantes, conforme estimativa 2007 do IBGE, disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.09.

¹⁰ Castanhal possui 152.126 habitantes, conforme estimativa 2007 do IBGE, disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.09.

¹¹ Goianésia do Pará possui 27.166 habitantes, conforme estimativa 2007 do IBGE, disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.09.

¹² Santa Isabel do Pará possui 51.763 habitantes, conforme estimativa 2007 do IBGE, disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.09.

¹³ Parauapebas possui 133.298 habitantes, conforme estimativa 2007 do IBGE, disponível em <www.ibge.gov.br> acesso em 09.09.09.

¹⁴ Fonte: <http://crepop.pol.org.br/publicue/media/CAPS.Map.Tab.Mun.pdf>, acesso em 09.09.2009.

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde (2007). Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório 2003-2006. Disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 09.09.09.

Nestes termos, a equipe mínima pode ser assim descrita:

CAPS I

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental.
- 1 enfermeiro.
- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II

- 1 médico psiquiatra.
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras.
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPSi

- 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental.
- 1 enfermeiro
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPSad

- 1 médico psiquiatra.
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para os objetivos desta pesquisa, adotei a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém, já que se trata de um hospital com ala específica para atendimento de

saúde mental de alta e média complexidade¹⁶. Os demais casos são direcionados às Casas de Saúde Mental de Belém, localizados na Avenida Almirante Barroso, nº 2362, Marco (CAPS Álcool e Drogas), Travessa Castelo Branco, 790, São Brás, (CAPS Criança e Adolescente), na Avenida José Bonifácio, 930, São Brás, (CAPS Adulto) e sito na Avenida Nossa Senhora da Conceição, 12, Carananduba (CAPS do distrito de Mosqueiro).

Os serviços públicos de atendimento psiquiátrico, seja o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, seja os CAPS ou hospitais gerais com leitos psiquiátricos, geralmente são utilizados por pessoas das classes populares, ao passo que as pessoas de classe média e alta procuram atendimento em clínicas particulares especializadas em atendimento psiquiátrico, como a Clínica Dr. Mário Machado, localizada na Rua Boaventura da Silva, nº 2142, São Brás ou Centro de Atenção à Saúde Mental, localizada na Rua Presidente Pernambuco, 247, todos situados na cidade de Belém, estado do Pará.

Assim, o campo de pesquisa é delimitado basicamente ao Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, deixando de fora um vasto campo de pesquisa a ser mais bem explorado dentro dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dos hospitais gerais que possuam leitos psiquiátricos e das clínicas particulares que possuem outras formas de atenção e tratamento as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais.

Com o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Direito que abriga o Mestrado em Direitos Humanos, o desafio inicial foi aproximar o Direito e a Antropologia, sem perder de vista as marcações naturalizadas do feminino, impostas pelo campo social e, a partir dessa ponte, utilizando a utilização da técnica da observação participante, permitir me aproximar desse lugar e das mulheres.

Portanto, o tema de meu objeto de pesquisa visa associar, em um mesmo campo de debate, mulheres diagnosticadas com transtorno psíquico que se encontram submetidas a tratamento de saúde mental e que sofrem ou sofreram violência e, com isso, apontar para a necessidade de serem incluídas como sujeitos plenos de direitos.

Annency Tojeiro Giordani (2006)¹⁷ adverte que a violência pressupõe múltiplas dimensões, por isso ela é um fenômeno polissêmico e complexo que afeta a integridade

¹⁶ Pode-se dizer que a média e alta complexidade do atendimento em saúde mental envolve a possibilidade de internação psiquiátrica. Para mais informações sobre alta e média complexidade do atendimento de saúde mental, vide Manual do SUS para saúde mental.

¹⁷ Cf. GIORDANI, Annency Tojeiro. "Contexto Socioeducacional, Caracterização e Consequência da Violência na Vida da Mulher" *In*: GIORDANI, Annency Tojeiro. *Violência contra a mulher*. São Caetano do Sul, SP: YENDIS Editora, 2006, pp. 65-178.

física, moral e espiritual das pessoas (GIORDANI. 2006). Neste sentido, a autora destaca que:

[...] Na maioria das sociedades contemporâneas, na vida econômica, familiar, política, religiosa e cultural, o poder e a dominação estão em mãos masculinas, e as mulheres estão presentes em posição de opressão e subordinação. Os preconceitos nascem dessa dominação e legitimam, mantêm e reproduzem práticas discriminatórias, reforçando, assim, situações de desigualdade pela dominação. Isso nos ajuda a compreender por que os estereótipos sexistas sobrevivem nas sociedades contemporâneas, nas quais se procura legitimar, aceitar e justificar socialmente a situação de dependência, subordinação e desigualdade das mulheres. (GIORDANI. 2006: 111)

Dentre as formas de violência mais frequentes, encontra-se a que ocorre no âmbito doméstico e familiar, local em que a mulher deveria se sentir mais protegida pela relação de afetividade existente, é, muitas vezes onde ocorrem maiores índices de abusos e violências contra a mulher.

O artigo 7º da Lei ‘Maria da Penha’ - Lei nº 11.340 de 07.08.2006 – trata dessas várias formas de violência doméstica a que a mulher pode se encontrar submetida, definindo-os como:

1. Violência física¹⁸ consistente em lesão ao corpo ou à saúde.
2. Violência sexual¹⁹ que se verifica no constrangimento a manter ou participar de relação sexual não desejada, bem como realizar aborto, casamento, prostituição forçada.
3. Violência moral²⁰ exemplificada na calúnia, difamação ou injúria.
4. Violência psicológica²¹ que causa dano emocional, diminuição da auto-estima, perturbação do pleno desenvolvimento, degradação da pessoa ou controle de suas ações, comportamentos, crenças, decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridiculizar, exploração e limitação que cause prejuízo à saúde psicológica e a autodeterminação.
5. Violência patrimonial²² presente em qualquer conduta de retenção, subtração, destruição de bens ou direitos relativos à mulher.

Enfim, todas essas formas de violência são passíveis de causar seqüelas que podem levar a um diagnóstico de transtorno mental grave.

¹⁸ Art. 7º, I, da Lei 11340/2006 – Violência física entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm> acesso em 09.09.09

¹⁹ Art. 7º, III, da Lei Maria da Penha. disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm> acesso em 09.09.09.

²⁰ Art. 7º, V, da Lei 11340/2006 – Violência moral é qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm> acesso em 09.09.09

²¹ Art. 7º, II, da Lei Maria da Penha. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm> acesso em 09.09.09

²² Art. 7º, IV, da Lei Maria da Penha. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil.../Lei/L11340.htm> acesso em 09.09.09

Embora não existam estatísticas oficiais que comprovem a situação da violência doméstica e familiar com mulheres que possuem ou adquiriam transtorno mental, estas não estão imunes à violência praticada no lar, seja pelos familiares ou parceiros afetivos, como se pode perceber pelos relatos colhidos nos casos de Darlene e Joana que veremos ao longo do texto. Contudo, além da violência doméstica e familiar, as mulheres diagnosticadas com transtorno mental também são alvos de outras formas de violência, que vão desde o estupro ao abandono pelas ruas da cidade, como veremos nas situações da vida de Marina, Lia e Léia e tantas outras.

O presente tema possui relevância, justamente, pelo ineditismo da análise de mulheres diagnosticadas com transtorno mental no âmbito dos direitos humanos, e ainda, no campo das ciências sociais, vez que as pessoas com transtorno mental são percebidas, em regra, pelo Direito, a partir da concepção de incapacidade contida no Código Civil Brasileiro ou pela ótica da inimputabilidade penal, ambos dependentes de uma perícia psiquiátrica ou laudo médico para atestar qual o transtorno mental e o grau de discernimento ou de periculosidade da pessoa, cuja história de vida e de violências é deixada a um plano secundário de atenções.

A maneira como as mulheres são percebidas e tratadas pela psiquiatria e pelo direito, conduzem, entre outros aspectos, à desconsideração e ao descrédito da sua fala e à assimetria na atenção recebida pelos serviços de saúde e judiciários, dada a desigualdade de gênero existente nessas relações de poder.

A esse respeito, Joan Scott (1989) concebe relações gênero como uma categoria histórica e de representações sociais que envolvem homens e mulheres, a partir de uma hierarquia na estrutura de poder.

Segundo Foucault,

O poder não é uma coisa, não favorece a um só grupo, suas armas podem servir de ataque e também de contra-ataque; é um regime de correlações de forças que circulam, sem possuir um caminho de fluxo, sem simetria aparente. O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares (FOUCAULT, 2001, p. 89)

Sobre a questão do exercício do poder, Foucault a entende como relação e construção de subjetividades na qual o poder circula por meio de mecanismos de disciplinamento dos corpos, ou seja, o autor não compreende o poder como dominação, pois se assim o fosse não haveria relação e possibilidade de reação de que se encontra subjugado e anulado como pessoa. Para o autor, as relações de poder podem ser

capturadas em processos de dominação, contudo, não se limitam aos mesmos, agindo em termos de constituição de saberes, modos de vida e práticas de proteção.

Segundo Foucault (1997, p. 89), o poder “não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns seriam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica (...)”. E:

Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 2001, p. 88-89).

Amarante e Soalheiro (2008) cita um dos renomados comentadores de Foucault:

Eribom (1990) nos apresenta Foucault como uma pessoa complexa e múltipla, um filósofo voltado para a ação e o pensamento, cuja obra inteira pode ser lida como uma insurreição contra os poderes da normalização. Um intelectual que gostava do trabalho em grupo e da pesquisa coletiva. Um filósofo que não hesitava em se debruçar sobre arquivos e conceitos psiquiátricos, econômicos, jurídicos, mas que tinha um especial interesse pelas histórias de vida, pelas realidades despercebidas. (SOALHEIRO & AMARANTE, 2008, p.36).

Assim, nas relações de poder existentes no interior das instituições, todavia, não somente restrito às mesmas, o poder está calcado em relações de força, que perpassam a construção de grupos e categorias sociais, que, por sua vez, são colocados em uma situação de destaque ou vulnerabilidade social (FOUCAULT, 1997, p. 37). Roberto Machado (2004) nos ajuda a compreender a analítica de poder foucaultiana ao acentuar que “a ideia básica de Foucault é mostrar que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem no âmbito do direito, nem da violência, nem são basicamente contratuais nem unicamente repressivas”. Isto significa dizer que “o poder só pode ser identificado pelas suas diferentes formas de manifestação e que estas se encontram em constante transformação”.

O poder se associa ao conhecimento (saber) e produz técnicas de controle (do corpo, dos hábitos, dos comportamentos, dos discursos), ao construir individualidades politicamente dóceis, mediante a ou a partir desse poder/saber (Machado, 2004). Nesse sentido, a Psiquiatria e o Direito produzem técnicas de controle que disciplinam

indivíduos, ao submetê-los a partir de um poder normalizador que constrói corpos dóceis e obedientes.

Heleieth Saffioti que, em seus escritos aborda o tema interrelacionando gênero, raça e classe, que se encontram conjugadas para a compreensão do sexismo e do racismo em nossa sociedade, critica Joan Scott quando utiliza Michel Foucault como fundamento da discussão sobre relação de poder, pois esta “não faz nenhuma restrição a Foucault, aceitando e adotando seu conceito de poder, qualquer que seja o âmbito em que este ocorre” (2004:113).

Por outro lado, Saffioti (2004) postula que muito embora Foucault reúna vários méritos, ele nunca elaborou de fato um projeto de transformação da sociedade. Pois, quem lida com gênero numa perspectiva feminista e, justamente por isso, contesta a exploração-dominação masculina, sempre pensará numa estratégia de luta para a construção de uma sociedade igualitária. Em outras palavras: deve-se buscar sempre construir uma sociedade em que o poder seja democraticamente partilhado, gerando liberdade para a categoria social feminina.²³

Embora não tenha atentado para o fato de que Foucault era um intelectual não militante, mas crítico e interpretativo, Saffioti (2004:114) aponta para necessidade de empoderamento das mulheres, como categoria social hoje subordinada, isto é, criar alternativas e estratégias de luta, na partilha e disputa do poder.

Nesse sentido, o presente estudo, a partir da pesquisa de campo que mostra a desigualdade no tratamento e do descrédito da fala da mulher com transtorno mental, demonstra a necessidade de ampliar o debate no campo dos direitos humanos das mulheres, promovendo a escuta social das mulheres diagnosticadas com transtorno mental que sofreram ou sofrem experiências de violência doméstica e familiar ou outras formas de violência para que se possa efetivamente se pensar em elaborações de políticas públicas de saúde mental e gênero para as mulheres. O que se torna uma tarefa desafiadora, pois exige uma sensibilidade jurídica para compreender como as relações de poder/saber produzem corpos dóceis e adestrados que permitem a violação de direitos.

Cabe ressaltar que a escolha da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna ocorreu por já conhecer parte da equipe de saúde mental e, também, porque a instituição é referência no estado do Pará no atendimento de saúde mental, possuindo na sua estrutura

²³ Ressalte-se que Michel Foucault em sua produção acadêmica não se pretende feminista. Mas seus conhecimentos e reflexões não deixaram de ser importantes para se pensar como são construídas as relações de poder e as formas de resistência ou contra-poder, saindo da esfera dominação-subordinação, na qual não se pode falar em relação.

espaço para emergência, internação e atenção psicossocial do hospital-dia. É também o local onde há maior concentração de pessoas com transtorno mental, submetidas a tratamento.

Desta feita, a presente pesquisa tenta chamar a atenção dos profissionais do Direito e, também, da saúde mental, dos familiares, para essa problemática da violência contra mulheres diagnosticadas com transtorno mental, buscando, com isso, incrementar o debate, visando o atendimento das mulheres sob a ótica da saúde integral e da defesa dos direitos das mulheres.

Não se pretende expor a vida das entrevistadas, nem ‘julgar’ a conduta dos profissionais da saúde, do Judiciário, dos familiares, num caso concreto (específico); mas tão somente dar visibilidade à situação de mulheres que se encontra submetida a um atendimento de saúde mental, alertando para as relações assimétricas de poder existente entre “médico/doente”, especialmente, quando se trata da mulher como doente mental, carregada de estereótipos de gênero, de raça e de classe. E, ao mesmo tempo, busco trilhar o desafio de dar ênfase a visão e intervenção jurídica quando se trata de mulher diagnosticada com transtorno mental cujo poder estatal se manifesta nas decisões judiciais fundadas em laudos médicos acerca da capacidade das pessoas que exemplificam as discriminações existentes e uma série de violações a serem contempladas no presente trabalho.

A maioria das mulheres com transtorno mental é internada no Hospital em um estado considerado pelos médicos como ‘em crise’ e são atendidas na emergência psiquiátrica. Essa crise significa para os profissionais de saúde mental que essas mulheres chegam agitadas, confusas, agressivas, ou, no sentido diametralmente oposto, pode significar que elas chegam completamente apáticas, sem manifestar qualquer reação ou mesmo falando palavras desconexas, dado o estado de choque e trauma em que se encontram. Nestas circunstâncias, o que me foi possibilitado descrever constitui-se numa observação do atendimento da equipe de saúde mental a partir do meu olhar.

Crise, para saúde mental:

É um estado de perturbação comumente associado a sentimentos de desconforto, sendo comuns as sensações de ineficácia e impotência, associadas a uma desorganização do funcionamento mental, tornando o sujeito menos eficiente do que usualmente o é. A crise é considerada um momento psicologicamente instável e tanto pode ser uma oportunidade de crescimento ou gerador de soluções desadaptativas.²⁴

²⁴ Disponível no site <<http://www.psiqweb.med.br>> Consulta feita em 09.09.09.

Para Foucault, crise é:

Precisamente o momento em que a natureza profunda da doença sobe à superfície e se deixa ver. É o momento em que o processo doentio, por sua própria energia, se desfaz de seus entraves, se liberta de tudo aquilo que o impedia de completar-se e, de alguma forma, se decide a ser isto e não aquilo, decide o seu futuro - favorável ou desfavorável. Movimento em certo sentido autônomo, mas do qual o médico pode e deve participar. Este deve reunir em torno dela todas as conjunções que lhe são favoráveis e prepará-la, ou seja, invocá-la e suscitá-la. Mas deve também colhê-la como se fosse uma ocasião, nela inserir sua ação terapêutica e combatê-la no dia mais propício. Sem dúvida, a crise pode ocorrer sem o médico, mas se este quiser intervir, que seja segundo uma estratégia que se imponha à crise como momento da verdade, pronta a sub-repticiamente conduzir o momento a uma data que seja favorável ao terapeuta. No pensamento e na prática médica, a crise era ao mesmo tempo momento fatal, efeito de um ritual e ocasião estratégica.²⁵

De todo modo, nesse momento de crise, pode-se dizer que a emergência psiquiátrica produz um atendimento inicial, descrevendo no prontuário médico, sucintamente, a história, os sintomas e o diagnóstico preliminar da doença; é logo na emergência que se prescreve a medicação e que se encaminha para observação, e, claro, dependendo da situação, encaminhando-se para a internação psiquiátrica, ou para o hospital-dia ou, ainda, libera-se a pessoa com alta-médica e receituário de medicamentos controlados para fazer uso.

No espaço de internação vão os casos considerados pela equipe de saúde mental como mais graves ou que não responderam satisfatoriamente ao atendimento inicial. É um local que me impressionou pela similaridade com uma prisão, com alas femininas e masculinas, em que ficam pessoas segregadas do convívio social, em regra, por período que não excede três meses, mas muitas pessoas diagnosticadas com transtorno mental permanecem por mais tempo, seja pela inexistência de outro local para se abrigar, seja pelo abandono da família, entre outros fatores. Frequentei esse espaço por cinco ocasiões diferentes entre 2007 a 2008 e nele colhi informações, tive contato com algumas pessoas, mulheres atendidas e profissionais da saúde mental.

No hospital-dia, que é um segmento atrelado ao HC, é destinado pela equipe de saúde mental, geralmente, aos que saem do espaço de internação e precisam de um acompanhamento psicossocial. Funciona durante o dia, das 8 às 17 horas, sendo freqüentado pela mulher com transtorno mental, nominada de cliente ou usuário, ou seja, quem recebe tratamento médico e psicossocial, e de um familiar, normalmente, a mãe, a filha, a irmã, a tia, ou seja, uma mulher é a acompanhante. Sendo que nesse espaço é

²⁵ FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder. Capítulo VII – A casa dos loucos*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. (14ª edição - 1999) p. 113/128.

facilitada pela equipe de saúde mental a realização de atividades que possibilitem a reinserção social. Foi um dos lugares que frequentei como voluntária para oferecer orientações jurídicas e tive contatos com a maioria das pessoas entrevistadas, entre mulheres atendidas, familiares e profissionais.

Em se tratando das mulheres diagnosticadas com transtorno mental que se encontravam em atendimento na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, é preciso destacar que a maioria é da cidade de Belém, mas existem mulheres que vieram do interior do estado do Pará, sendo que a maioria delas é negra e sem renda mensal (somente uma mulher que conversei possui benefício assistencial no valor de um salário mínimo). Tal informação foi obtida a partir da observação *in loco* dos atendimentos realizados e da conversa com as mulheres e a equipe de saúde mental (médicos e médicas, enfermeiras, psicólogas, técnicos e técnicas de enfermagem e estagiários), ressaltando-se que não há dados estatísticos de raça, cor e classe disponíveis na instituição.

Como já disse, optei por relatos espontâneos, desde que cientes que colaboravam com a pesquisa, pois a tentativa de formular questionários não foi bem aceita, dado o pouco tempo disponível que os profissionais que no setor psiquiátrico atuam tinham para responder, e, portanto, acabavam por ser lacônicos. Com as conversas, foi possível estabelecer uma relação dinâmica, pois a partir dos acontecimentos do dia-a-dia era possível perceber como era a visão de mundo de quem trabalha com a saúde mental.

Os relatos das mulheres e dos profissionais são versões que possuem sentidos distintos e lógicas próprias que precisam ser percebidos de forma diferenciada e que, também, possibilitam a coleta de dados empíricos para defesa dos direitos humanos dessas mulheres.

A forma de interpretação e análise dos dados partiu do material coletado (relatos e entrevistas a partir das conversas informais) e da observação da pesquisadora, interpretando-se qualitativamente as relações sociais no espaço hospitalar e as histórias contadas da vida familiar, explicitando situações de violência, mas protegendo as identidades dos informantes, revelando apenas o conteúdo (trechos) dos relatos apresentados e análise das falas.

A pesquisa pressupõe preocupação com a execução e divulgação dos dados levantados, notadamente, quando se trata de mulheres diagnosticadas com transtorno mental, geralmente compreendidos pela Medicina como incapazes para discernir o real da imaginação, o racional do irracional, bem como pelo Direito quanto a sua capacidade

para reger-se e praticar atos da vida civil. Início a partir de um caso que observei na emergência psiquiátrica que sigo fielmente como citação de meu caderno de campo para dar vivacidade ao drama aqui trazido:

Por volta das 14 horas, chegou pelo portão central do Hospital de Clínicas (HC) uma ambulância de um município do interior do estado do Pará. Pude perceber pelo nome do Município que estava escrito na ambulância: Prefeitura de Tracuateua. Do interior da ambulância tinha uma mulher (nominando-se de Dora) que agitada, gritava sem parar, mordida as pessoas que estavam desembarcando-a pela parte de trás da ambulância. Ela estava numa maca, amarrada. Parecia com bastante raiva e tinha uma força descomunal para uma mulher tão magra, quase pele e osso. Aparentava possuir mais de cinquenta anos. A filha acompanhava tudo com muita preocupação, tentando acalmá-la. Logo chegaram pessoas da equipe de enfermagem do hospital. Era uma mulher e dois homens. Os homens desatracaram da maca da ambulância, enquanto que uma enfermeira aplicou com força uma injeção na perna da mulher que gritou de dor. Em alguns minutos ela praticamente desmaiou e foi colocada noutra maca e levada para dentro do setor psiquiátrico. Essa cena foi vista pelas pessoas que estavam do lado de fora do hospital, assim como pelas pessoas que transitavam pelas demais áreas internas. Eventualmente chegava uma ambulância ou carro dos bombeiros trazendo pessoas para serem internadas ali, embora tenha assistido somente este caso. Segundo o médico que me acompanhava, a demanda é espontânea, não é necessário pré-agendamento para ter atendimento emergencial no HC, daí porque o setor de emergência vivia cheio de pessoas. Aquela mulher ficou desacompanhada enquanto a filha preenchia alguns documentos e informações para a equipe. Naquele dia, tinha mais ou menos 12 pessoas para atendimento. A sala de espera estava cheia. A mulher foi acomodada numa maca naquela sala repleta de gente. E algumas horas depois, quando acordou, ainda sonolenta, foi para o consultório médico, acompanhada da filha e de vários papéis para o médico ler e preencher. Acredito que a mulher estava completamente desorientada no tempo e espaço. Passou (o médico) a fazer perguntas: qual é o seu nome? Que dia é hoje? Se sentia alguma dor? Nem todas as perguntas eu consegui registrar. A mulher balbuciava alguma coisa incompreensível. Queria se levantar, mas estava fraca. Então, (o médico) passou a perguntar informações para a filha (acompanhante) e a partir daí soube que ela tinha muitos filhos e de um tempo para cá, sem maiores explicações aparentes, passou a mudar de comportamento, ficar amargurada com a vida, com raiva das pessoas, passou a ser agressiva. Explicou que o motivo de trazê-la de tão longe até o HC foi o fato dela ter colocado fogo na casa e ter tentado matar todas as pessoas da casa num acesso de raiva incontrolável. Que falava coisas estranhas e ouvia vozes. Que fugia de casa e era encontrada pela rua por vizinhos ou parentes (...)²⁶

No caso do tratamento médico, a maioria das mulheres diagnosticadas com transtorno mental tem atendimento, prioritariamente, pelas sequelas da violência que se manifestam como doença do que pelo trauma inicial (SILVEIRA, 2002). Com relação à instituição de saúde mental, no tratamento da mulher diagnosticada com transtorno mental é priorizada a identificação de sintomas das doenças, deixando num plano

²⁶ Trecho de descrição etnográfica feita in loco em data 22.06.2007.

secundário as histórias de violência experienciadas e que podem ter contribuído sobremaneira para o desencadeamento ou agravamento da doença mental.

Nos casos que acompanhei na emergência psiquiátrica, na maioria das vezes eu não me comunicava diretamente com a mulher, ora paciente²⁷, apenas observava e por isso não posso afirmar os motivos que realmente a trouxeram ali e o seu ponto de vista sobre a doença mental que lhe imputam. Mas posso dizer que suas histórias de vida são reduzidas a termo no prontuário médico em poucas linhas, sendo uma redução de sua própria condição, de cidadã para doente, subjugado ao poder-saber médico. Suas histórias de vida são desconsideradas na medida em que não é o foco da atenção médica durante a consulta de triagem e, muito menos resgatadas para o interior do tratamento da saúde mental.

Vigora ainda hoje uma suposição médica psiquiátrica de que mulheres são mais suscetíveis à labilidade emocional, ou seja, são mais fracas e instáveis emocionalmente, o que leva à ideia machista de que podem exagerar ou exasperar nos relatos de vida. Daí se demonstra uma desconfiança nos relatos das mulheres quando lhes é possível manifestar oralmente durante a consulta médica na emergência. Tal concepção demonstra a desigualdade no tratamento psiquiátrico, fruto da concepção machista e das relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, em que as mulheres são discriminadas por supostamente serem mais propensas a terem desequilíbrios ou instabilidades de humor, por supostamente serem mais “estressadas”, por serem “loucas”. Em *Vigiar e Punir*, Foucault problematiza como nossa sociedade desqualifica os discursos das crianças, dos loucos e das mulheres, tornando-os sem valor e, portanto, silenciando esses grupos. Ora, no caso da mulher diagnosticada como “louca”, dois sistemas de segregação se entrelaçam, implicando em situações de violência mais intensas.

Desta feita, parto da ideia de que existe um silenciamento e não-registro de situações de violência a que a mulher foi submetida durante a sua vida, o que dificulta que demandas cheguem ao Poder Judiciário.

Tais mulheres, no âmbito do Poder Judiciário, geralmente são partes demandadas em processos de separações judiciais, destituição da guarda dos filhos, interdição ou curatela, sendo que dificilmente figuram como vítimas de crimes de violência doméstica e familiar ou violência sexual, em tese, em razão de que a violência vivenciada não é

²⁷ Paciente é o termo utilizado pelos psiquiatras e demais membros da equipe técnica para se referir às pessoas que se utilizam dos serviços médicos oferecidos pelo Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

levada em consideração pelo atendimento de saúde mental, dado o descrédito de sua fala e a ótica da reificação da pessoa em doença.

Neste sentido, aponto o atendimento de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) como local em que as demandas das mulheres com transtorno mental chegam ao conhecimento do estado, de maneira que tais profissionais poderiam comunicar situações de violência às autoridades públicas que possam promover a proteção da mulher.

A questão que percebo, logo de início ao trato do problema é de que não existe uma rede de atendimento integrada entre os serviços médicos psiquiátricos e o Poder Judiciário, perpassando por entidades de proteção da mulher, Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacia da Mulher, o que provavelmente favorece a violação dos direitos humanos dessas mulheres.

Parto da suposição de que as normas jurídicas não alcançam as diferentes mulheres em situações peculiares, como as que foram diagnosticadas com transtorno mental; daí, então, a pertinência deste estudo que visa demonstrar a violação dos direitos humanos dessas mulheres, seja pelo descrédito de sua fala e pelo silenciamento institucional que substancializam as dificuldades enfrentadas para que tais situações de violência cheguem ao conhecimento do Poder Judiciário.

1.5 DA APROXIMAÇÃO ENTRE ANTROPOLOGIA E DIREITO:

A possibilidade de interligar as práticas jurídicas e da saúde mental, partem da ideia de que é necessário desenvolver-se uma “sensibilidade jurídica” para fatos e casos de natureza complexa. Estes fatos e casos dizem respeito, por exemplo, ao envolvimento de pessoas diagnosticadas com sofrimento mental e violação de direitos.

Não se pode perder de vista, porém, que essas práticas encontram-se inseridas em relações assimétricas de poder e saber, e nas representações sociais do feminino e masculino, naturalizadas que se incorporam a práticas e estratégias utilizadas para vigiar, excluir, segregar. A começar pela carga pejorativa que é atribuída à palavra “loucura”, que designa pessoa que é reconhecida socialmente como desequilibrada, anormal, desviante. (VELHO, 2004).

Não se busca conceituar a loucura, pois se trata de um termo polissêmico; mas sim de perceber como nos relacionamos com ela, isto é, como é construída nos discursos e nas práticas sociais. A loucura, dentro do contexto da sociedade capitalista, está eivada de uma carga social pejorativa e estigmatizadora, bem como de uma carga semântica que envolve o distanciamento da vida produtiva e a impossibilidade de diferenciar o real do irreal (delírio e ilusão).

Segundo Foucault (1999), o Estado incumbiu ao médico, mais especificamente ao saber psiquiátrico, o poder de dizer se a pessoa está ou não com uma doença mental.

Utilizo, portanto, o termo doença mental para destacar que loucura está mais arraigada no contexto social e que a medicina se especializou numa área denominada psiquiatria que associou essa loucura a sintomas biológicos e a designou como doença. Assim, transformou o louco em doente mental.

Em se tratando de mulheres “loucas”, a escuta, ou melhor, a não-escuta desvela uma série de preconceitos arraigados nas estruturas da sociedade, notadamente a brasileira, e que desencadeiam de violações de direitos humanos das mulheres.

Certa vez, no ano de 2008, a caminho da Universidade Federal do Pará no bairro do Umarizal, considerado um bairro nobre da cidade de Belém, estava conduzindo meu veículo quando observei uma mulher (que chamarei de Lia) negra, magra, cerca de trinta anos de idade, seminua, grávida, andando no meio de uma das Avenidas mais movimentadas, gritando e atirando pedras nos carros que por ali passavam. Também já presenciei outra mulher (nominarei de Léia) negra e, nesse caso, grávida andando sem direção, pedindo esmolas em uma das principais avenidas (Av. Presidente Vargas), na parte central da cidade, de intenso fluxo comercial.

São registros de que a realidade para ambas é muito cruel e dado o medo social que a loucura pode gerar, faz com que sejam invisibilizadas e completamente excluídas da vida e dinâmica social da cidade em que vivem.

Sobre esses episódios, ouvi comentários dos transeuntes que exprimem um sentimento – misto de pena e medo – acompanhado de saudosismo do antigo manicômio Juliano Moreira²⁸, que ficava localizado nos arredores da cidade e que recolhiam “pessoas assim”, conforme o que me relataram.

²⁸ O Hospital de Alienados Juliano Moreira era uma instituição de característica asilar que abrigava pessoas com transtornos mentais na cidade de Belém, (1892-1984) e era localizada na Avenida Almirante Barroso, onde atualmente funciona a Escola de Governo do Estado do Pará.

Numa entrevista realizada em julho de 2007 junto a um médico da Fundação Hospital de Clínicas de Belém, foi-me relatado que no CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) do Distrito de Mosqueiro (local de veraneio, que reúne praias de rio) já identificaram vários casos de mulheres com problemas mentais que foram vítimas de violência sexual, porém não há registro/comunicação de casos ou apuração do crime pela polícia. O referido médico reconhece que: “os casos são sub-notificados²⁹, dada a demanda que recebemos ser maior que a capacidade de atendimento instalada; mas tentamos tratar o paciente de forma global (abrangente)”.

O tratamento de forma global a que o médico se referiu reforça a ideia de um tratamento institucionalizado como padrão de homogeneização que deixa de comunicar casos de violência contra a mulher. Ao mesmo tempo em que demonstra uma dificuldade na atenção médica às circunstâncias que trouxeram a mulher ao atendimento de saúde mental.

Tal relato conduz ao caso de Joana, 22 anos, branca, atendida no Hospital de Clínicas em 11.02.2008, e demonstra como o atendimento desconsidera situações de violência familiar. Ela foi atendida na emergência psiquiátrica e depois conduzida à internação. Foi exatamente no momento do internamento que tive contato com a situação que ela passava, por meio de conversas com a equipe de saúde mental. Segundo os registros do meu caderno de campo:

Joana foi internada porque estava muito agressiva e tinha um déficit de cognição que a caracterizava pelos médicos como doente mental. Joana tinha idade mental de uma criança de 09 anos de idade. No entanto, no decorrer do tratamento psicológico relatou à equipe de saúde mental que tinha sofrido abuso sexual por parte de um membro de sua família. A equipe dialogou com os familiares mais próximos (pais e irmãos) e estes negaram qualquer forma de violência sexual. Entretanto, passado algumas semanas na internação, descobriu-se que o avô, um senhor de aproximadamente 75 anos, era quem molestava sexualmente Joana. A família não acreditou em Joana e não procurou a polícia, ao contrário, reforçou a ideia de que Joana estava inventando tais fatos para justificar seu descontrole emocional e mental. Uma assistente social da equipe de saúde mental disse à família que Joana e seu avô não poderiam mais ficar convivendo no mesmo ambiente. A solução encontrada pela família foi, então, enviar Joana para o interior do estado para morar com parentes distantes e mantiveram o avô na casa que Joana residia!³⁰

O caso relatado demonstra: o que é dito por Joana não é levado em consideração pela família e, principalmente, o agressor era um parente próximo, fazendo com que a família encobrisse o abuso sexual e não denunciasse o caso à polícia ou Justiça. Ao

²⁹ Subnotificação significa a não comunicação oficial às autoridades públicas dessas situações de violência.

³⁰ Trecho do caderno de campo, relatado em 11.02.2008.

contrário, punindo novamente Joana, enviando-a a um exílio, seja na internação, seja alterando sua morada para outro município, afastado-a de seus parentes e de seu convívio social.

Outra situação com a qual tive contato, já em 10.03.2008, foi a depressão pós-parto de Roberta, de 19 anos de idade, negra, que tentou praticar o infanticídio após o parto e foi internada no Hospital de Clínicas. Descrevo, então, que:

A gravidez de Roberta era indesejada e não se sabe quem era o genitor da criança. O fato que chegou ao conhecimento do hospital foi que no momento do parto, ou melhor, logo após, Roberta teve um acesso de violência contra o recém nascido, sendo internada por causa disso. Ela estava contida e chorava muito. A condição econômica de Roberta não era favorável, ela não tinha local para moradia. O fato chegou ao conhecimento do Juizado da Infância e Adolescência e do Conselho Tutelar. Caso nenhum parente se apresente para ficar com a guarda da criança, o recém nascido será entregue para adoção.³¹

O que me chamou mais a atenção nesse caso foram os comentários dos técnicos de saúde mental a respeito da situação. Relataram que “é inconcebível uma mãe tentar matar o próprio filho”; que “tem pessoas que não foram feitas para ser mãe”; que “provavelmente Roberta vai perder essa criança; que vai sofrer num abrigo” (referindo-se à perda do poder familiar, ou seja, a possibilidade da perda da guarda da criança).

Interessante notar a construção social que associa a mulher à maternidade e a reprovação da conduta por não ser boa mãe, por rejeitar o filho. Não se questionou em nenhum momento a responsabilidade da paternidade da criança ou outros fatores como o econômico e o peso social que sua nova situação acarretava.

Logo, a mulher diagnosticada com transtorno mental e que vivenciou situações de violência constitui-se numa multiplicidade de aspectos, numa espécie de não-sujeito de direito inclusive (ou principalmente), sua pessoa é obliterada, ou melhor, invisibilizada e, portanto, sua voz abafada, negada, não possuindo quase nenhuma validade no âmbito político-social ou mesmo jurídico e moral (MATTOS, 2006).³²

O transtorno que a sociedade lhe atribui não passa de uma transferência do mal-estar de que padece a própria civilização branca, de ascendência européia, visto que tal modelo de cultura e desenvolvimento se alastra mediante uma série de desigualdades

³¹ Trecho do caderno de campo, relatado em 10.03.2008.

³² MATTOS, Virgílio de. Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

estruturais, que são acompanhadas de mecanismos de preconceito e discriminação. (FREUD, 1969)³³

Neste sentido, portanto, a tarefa de apresentar a necessidade própria de considerar a fala e a vida de mulheres com transtorno mental que sofreram/sofrem violência, implica, finalmente, aquilo que já disse acima: numa tentativa de sensibilização do Direito em termos da práxis jurídica que, por sua vez, tem de ser hermenêutica e construtiva (DWORKIN, 2004).³⁴

Desta feita, entendo que o Direito tem de ir além da norma positivada e compreender os contextos e situações locais e pessoais a fim de realizar o princípio fundamental da justiça. Assim é que Clifford Geertz (2007, p. 260) afirma que a representação jurídica do fato é normativa por princípio.

Para o antropólogo, “O sistema de avaliação da informação nos tribunais baseia-se em fatos/evidências simplificados, provados, adaptados à capacidade dos aplicadores da lei genérica e abstrata”.

Os aplicadores do direito não alcançam, em sua maioria, a história real e completa das pessoas de carne e osso, visto que “a verdade para o processo perpassa pela compreensão de que fatos não nascem espontaneamente, são construídos socialmente”, apresentando-se como “seleção das versões competitivas sobre o que aconteceu, traduzida num processo de representação a partir do qual as próprias descrições fazem sentido no ‘mundo jurídico’”, ou seja, trata-se de uma maneira específica de imaginar a realidade, que se diferencia de um lugar para outro e de um tempo para outro, e também de quem analisa e julga. (GEERTZ, P. 258-259).

A questão, porém, é descobrir como representar essa representação, isto é, como traduzir a linguagem da imaginação para a linguagem da decisão judicial.

Assim é que, para além da perspectiva biológica, relativa à diferença anatômica (sexuada) entre homem (macho) e mulher (fêmea), as relações humanas são culturalmente construídas por meio da dinâmica das relações sociais (papéis atribuídos, valores, símbolos, poder), visto que os seres humanos se constroem e se reconhecem a partir de sua relação com os demais (AZEREDO, 1994; SILVEIRA, 2002; SCOTT, 1995).³⁵

³³ FREUD, Sigmund. *O Futuro de uma Ilusão, O Mal-estar na Civilização e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

³⁴ DWORKIN, Ronald. *O Império do Direito*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2004.

³⁵ Cf. SCOTT, Joan W.. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In *Educação e realidade*. Porto Alegre: UFRGS. JUL/DEZ. 1995. Vol. 20, n. 02. P. 71-97.

Neste passo, Cássia Maria Carloto (2008)³⁶, no momento em que discute o conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais, afirma que a “desigualdade nas relações de gênero é percebida mediante critérios de natureza sexista, classista e, também, racista”. Isto significa que o lugar e o papel atribuídos, socialmente, a homens e mulheres, a partir do sexo, classe e raça, implicam em maior ou menor possibilidade de acesso a recursos e direitos.

A respeito da questão racial, tem-se que discriminações e exclusão a partir da raça ainda estão presentes em nossa sociedade, atingindo especialmente mulheres negras. Estas sofreram inúmeras formas de violência desde a época colonial o que repercute até hoje nas condições de acesso à educação, à moradia, ao emprego, ao salário, à saúde.

A obra *Casa Grande e Senzala*, de Gilberto Freyre, mostra o acesso à miscigenação racial - e de opressão do colonizador para com os escravizados - no processo de formação do povo brasileiro a partir de explicações que tinham como base:

As características de miscibilidade, mobilidade e aclimatabilidade do colonizador português favoreceram o empreendimento colonial de natureza particular instável e a miscigenação entre raças, aportando além-mar muitos aventureiros, soldados da fortuna, degredados, cristãos-novos, náufragos, traficantes e outros³⁷.

A utilização da obra gilbertiana pela elite a partir da sua visão da miscigenação ganhou interpretações para a fundação de uma suposta identidade da nação brasileira reforçando uma imagem de tolerância ou democracia racial que na verdade não existiu, pois o racismo se evidenciou no Brasil, de modo que a desigualdade continua até hoje.

Nesse sentido, Anthony Marx, no artigo *A construção da raça e do Estado-Nação* - que promove uma análise comparativa entre a construção da identidade e da dominação racial nos Estados Unidos, África do Sul e Brasil - afirma que:

O Brasil pós-abolição, ao contrário, evitou distinções legais baseadas na raça, projetando a imagem de democracia racial. Embora o racismo fosse comum e a

³⁶ Cf. CARLOTO, Cássia Maria. Conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. Texto retirado da internet < c_v3n2_genero.htm > Acesso em: 07.03.08.

³⁷ FREYRE, Gilberto. *Casa Grande e Senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1977. P. 10 e 19. “Pode-se dizer que a mobilidade é a capacidade do povo português tão escasso de gente se deslocar do continente europeu rumo ao novo continente, com a tecnologia marítima rudimentar da época e contando com imensa coragem e sorte. A miscibilidade refere-se a tendência a procriar e deixar descendentes, tendo como parceiras sexuais mulheres de outras raças, dos lugares por onde aportaram com suas caravelas. E por fim, a aclimatabilidade é a capacidade de adaptação ao clima, ao solo do novo continente, dada a proximidade de Portugal dos trópicos, o que se fez com grandes sacrifícios”.

desigualdade contínua, não se aprovou nada equivalente ao Apartheid ou ao Jim Crow³⁸. (...) O Brasil proporciona uma comparação essencial, pois nenhum conflito étnico ou regional de tamanha violência impediu a consolidação do Estado Nação. A unidade não exigiu a muleta racial da discriminação formal; a democracia racial surgiu, antes, como projeto ideológico de um Estado que ansiava por unificar o apoio popular, sem uma exclusão formal. Assim, não foram construídas categorias explícitas de dominação racial, incentivando-se as imagens de tolerância passadas. (...) No Brasil, sem um alvo claro contra o qual se organizar, em termos de ideologia estatal e política segregacionista – não havia Apartheid e Jim Crow a desafiar ou reformar – surgiram poucos protestos afro-brasileiros, evitando-se em grande medida o conflito racial, apesar da considerável desigualdade sócioeconômica. (...) A miscigenação supostamente proporcionara maior fluidez social ao Brasil, pois as pessoas de raças mescladas podiam ascender a um status socioeconômico mais elevado (...). Estudos acadêmicos recentes estabeleceram que a diferença entre o status socioeconômico de mulatos e negros é insignificante quando comparada ao privilégio relativo dos brancos. (...) Portanto, o Brasil construiu uma ordem racial informal altamente discriminatória contra negros e pardos de tal maneira que a desigualdade inicial foi mantida. Apenas alguns mulatos avançaram – o suficiente para incentivar a crença na mobilidade.³⁹

Tal construção repercute ainda hoje nas relações sociais entre raças, gênero e classe social na medida em que existe uma distribuição desigual do poder e oportunidades para brancos/pretos, homem/mulher, ricos/pobres. Conforme mencionado por Simone Duran Toledo Martinez:

A falta de democracia é componente que se revela no estudo do Ricardo Henriques do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA): Ele constata que os negros em nosso país têm efetivamente uma condição pior entre os pobres. Esse dado nos remete a discussão da nossa herança escravista. Muitas vezes não oferecemos ao debate à convivência relacional, à discussão da nossa herança escravista, essa herança se manifesta por meio do coronelismo (ainda presente na nossa sociedade) e do patriarcalismo (que sustenta e justifica a violência de gênero)⁴⁰

Com efeito, pode-se afirmar que a família patriarcal para Gilberto Freyre se constitui num modelo de autoridade do âmbito privado que se revela nas relações de dominação do branco sobre o negro, do homem sobre a mulher, da mulher branca sobre a negra. Para o autor, a família patriarcal ambientada na casa grande (e na senzala) correspondia a um sistema social, econômico e político sustentado respectivamente pela escravidão, pelo latifúndio e pelo patriarcado rural. Na obra *Sobrados e Mucambos*, Gilberto Freyre mostra a decadência deste patriarcado rural que perde a base de

³⁸ Apartheid e Jim Crow foram políticas adotadas respectivamente pela África do Sul e pelos Estados Unidos que adotavam práticas discriminatórias baseadas na raça.

³⁹ MARX, Anthony W. *In Estudos Afro-asiáticos*. 29. Rio de Janeiro, p. 11-15.

⁴⁰ Informação disponível em <http://www.recriaprudente.org.br/abre_artigo.asp?c=16>, acesso em 09.09.09.

sustentação na escravidão e no latifúndio, diante da emergência da urbanização brasileira, criando um novo elemento no sistema de relações sociais: a rua. A concepção do sistema social parte de uma tensão permanente entre antagonismos e acomodações focalizando a relação dialética entre a casa e a rua, entre o sobrado em oposição extremada ao mocambo, à palhoça ou ao rancho, sendo a família patriarcal uma forma de mediação entre o mundo público e o privado, como modelo de relações que se estendem a novas esferas criadas com o processo de urbanização marcada pela hierarquia de classe, raça e gênero⁴¹.

De acordo com Iara Silva, “a família patriarcal monogâmica brasileira foi se construindo, passo a passo, através de gerações recebendo forte contribuição do pensamento jurídico, que procurou alicerçá-la, pacientemente, e procurou o que é mais essencial para a construção e permanência dessa moral conservadora: a tutela da mulher. A apresentação simbólica da mulher, no discurso jurídico, como um ser sentimental por excelência, a ‘lenha para o fogo’, que vai produzir as massas encefálicas nas cabeças masculinas, a ‘guardiã da família’, nada mais e apenas isso, é a teorização necessária de que se apropria a disciplina para ‘fabricar indivíduos’. É a técnica específica de um poder que toma os indivíduos, ao mesmo tempo, como objetos e como instrumentos de seu exercício. É a força institucional que produz o conceito de normalidade, tomando o corpo da mulher como disciplina”. (SILVA, 1985. p.43).

Dito de outro modo, espaços sociais como o da justiça, polícia, escola, trabalho e hospital tendem a reforçar os preconceitos e estereótipos designados à mulher. Dessa forma que as mulheres ganham uma suposta natureza feminina, baseada num determinismo biológico, que se transforma em desigualdades e ganha uma suposta aparência de normalidade.

O campo da saúde e a violação de direitos das mulheres devem ser estudadas, inequivocamente, sob a ótica das relações de gênero como categoria relacional, que é de sua natureza conceitual. Todavia, trabalhei com a questão sob a ótica das mulheres, relacionando-as com as estruturas de poder vigentes na estrutura médico-hospital e jurídicas. O meu trabalho faz parte dos estudos da mulher relacionado à saúde mental e práticas jurídicas que podem levar à violação de direitos.

Explico melhor: as práticas jurídicas, que também estão marcadas por compreensões de mundo impregnadas de valores e preconceitos de gênero (SILVA,

⁴¹ FREYRE, Gilberto. Sobrados e Mucambos. Rio de Janeiro: José Olympio, 1968. P. 63-64.

1985) podem se valer do arcabouço interdisciplinar para aguçar e sensibilizar a percepção para as diversas formas de violações de direitos humanos das mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

A aproximação com a antropologia permitiu apropriar-se do instrumental metodológico para obter um maior contato com a realidade e com o ponto de vista das mulheres, edificando uma investigação empírica, na qual se utiliza o referencial da pesquisa antropológica e social que se evidencia no uso do caderno de campo.

CAPÍTULO II – DAS CONCEPÇÕES DE LOUCURA À DOENÇA MENTAL E AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL DISPENSADAS ÀS MULHERES

2.1. AS CONCEPÇÕES DE LOUCURA, O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA E DA DOENÇA MENTAL E AS BASES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para se tentar compreender a loucura, exige-se uma breve digressão histórica, uma vez que o termo já foi empregado em múltiplos sentidos e se adapta às circunstâncias sociais específicas variando segundo época, tempo e lugar. Todavia, não será possível fazer uma genealogia nem, tampouco, estabelecer todos os marcos que envolvem a questão da loucura. Referência fundamental sobre esse tema é Michel Foucault que mostra as várias acepções adquiridas pelo termo em seus diversos contextos históricos.

Ao fazer alusão à Grécia Antiga, por exemplo, a loucura foi considerada um privilégio, uma forma divina de comunicação por meio da desrazão. Inclusive, os gregos utilizavam a palavra *manikê* tanto para designar o “divinatório”, quanto o “delirante”. Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Paulatinamente, a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e vai se encaminhando em uma direção completamente oposta.

Assim, por exemplo, na Idade Média, a loucura era concebida a partir de um conteúdo místico e tratada através do sacrifício ou do exorcismo, no limite entre o campo natural e o sobrenatural.⁴² O louco passou a ser considerado como uma forma de erro ou de ilusão, sendo afastado do convívio social no caso de tomar formas consideradas extremas ou perigosas.

É no século XVIII que o fenômeno da loucura é apreendido como objeto do saber médico e concebido como doença mental. Ocorre aí a valorização do pensamento científico, desenvolvimento de uma medicina social e o surgimento do hospital⁴³ como espaço terapêutico e institucional, e, por conseguinte, o início da própria psiquiatria. Nesse contexto, a loucura não é mais percebida como erro, e sim como uma desordem na maneira de agir, de querer, de sentir (paixões), de tomar decisões e, também, de ser

⁴² GONDIM, Denise S.M. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde Pública. “Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes-RJ: Inovação ou reprodução do modelo assistencial?.” Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

⁴³ Antes do século XVIII os hospitais eram, na verdade, casas de internamento ou instituição de caridade, local de segregação dos indigentes, epiléticos, alienados, onde a função médica não sobressai. Os marginais da estruturas societárias.

livre⁴⁴. Percebe-se o louco como em ser perigoso e inconveniente que, em função de sua “doença”, não consegue conviver de acordo com as normas sociais, possuindo conduta irregular e anormal, de modo que deveria ser confinado dentro de instituições, excluindo-o da sociedade, garantindo-se, assim, a ordem social.

A Revolução Industrial marcou a necessidade de aproveitamento da mão-de-obra para a produção, excluindo do corpo social todo aquele que não pudesse trabalhar. Internam-se, então, não somente os loucos, mas também os inválidos, os velhos, os dependentes químicos, os nobres decadentes e esbanjadores – estes últimos, sobretudo, para que não dessem o mau exemplo a uma sociedade trabalhadora. Surgiu a política de discriminação social e segregação dos considerados inaptos para o trabalho. De modo que:

Para a sociedade capitalista, há ideologicamente três grupos de indivíduos: a) os cidadãos que são responsáveis e obedecem às leis, que têm suas relações pautadas no contrato livre e portanto são dignos de liberdade; b) os criminosos que não obstante conscientes das leis, transgridem-se, cabendo-lhe a instituição da prisão; c) os loucos que são incapazes na relação de trocas, são isentos de responsabilidade, e, portanto, merecedores de assistência (GONDIM, 2001, p. 78).

A loucura passou a ser vista como doença e limitação humana, já que se tornava o elemento fundamental de incapacitação para o trabalho, merecendo assistência médica. O exercício do poder médico encontrava suas garantias e justificações nos privilégios do conhecimento. O médico detém o saber científico que permite a intervenção e a decisão sobre qual o melhor tratamento a ser efetivado na pessoa considerada paciente. No caso dos portadores de transtornos mentais, haveria a dominação do saber médico da não-loucura sobre a loucura do doente, da normalidade se impondo à desordem e ao desvio. Com efeito, o discurso médico constituiu-se da seguinte forma:

Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental (FOUCAULT, 1979, p.127).

⁴⁴ A loucura deixou de ser vista a partir da perspectiva da falsa percepção da verdade, do erro, da consciência, para se inscrever como paixão-vontade-liberdade conturbada.

Segundo Foucault (1979), o médico adepto da psiquiatria "clássica" utilizava técnicas ou procedimentos tais como o isolamento, o interrogatório particular ou público e, ainda, tratamentos-punição como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplinamento rigoroso, trabalho obrigatório, sendo estes representativos de relações de dominação e hierarquização do médico para com os doentes.

O hospital psiquiátrico, mais conhecido como hospício ou manicômio, assim como era concebido, ao invés de recuperar, confirmava e reforçava a doença mental, uma vez que a mulher concebida como paciente era isolada e submetida a procedimentos (tratamentos) constantes, fazendo com que perdesse o contato com o mundo exterior, despojando-se de sua identidade e de seus pertences, entre outros efeitos que serviam ao controle social do Estado.

A partir do final do século XIX, com o avanço da ciência neurológica, a psiquiatria desenvolveu-se no sentido de que a loucura é uma doença orgânica que poderia ser combatida com medicamentos. A doença mental era entendida como desordem neurocerebral, ou seja, os processos mentais eram explicados com base na neurofisiologia⁴⁵ e na bioquímica do sistema nervoso⁴⁶.

No fim da Segunda Guerra Mundial, após as nefastas conseqüências sociais advindas do momento de beligerância, que subjugou milhões de seres humanos à tortura e à morte, iniciou-se em vários países questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico e ao excesso de medicalização da loucura, sendo os hospitais psiquiátricos comparados a verdadeiros campos de concentração, passando a ser denunciados pelos movimentos de direitos humanos⁴⁷.

O modelo hospitalocêntrico (manicomial ou asilar) promovia no enfermo mental internado prolongadamente uma ética da exclusão compreendida numa:

- exclusão jurídica – pela interdição de direitos;
- exclusão do círculo familiar – pela internação e vergonha dos familiares;
- exclusão do trabalho – doença incapacitante para o trabalho;
- exclusão do processo educacional – estigmas de classes especiais ou ausência de aprendizado nos manicômios; e, também, a

⁴⁵ Neurofisiologia consiste no estudo do modo de funcionamento do cérebro e dos seus processos intrincados que possibilitam o exercício do raciocínio, controlando todas as atividades do nosso corpo humano. <http://www.iupe.org.br/ass/psicanalise/psi-neurofisiologia.htm>. acesso em 20.01.2010.

⁴⁶ Bioquímica do sistema nervoso representa os processos químicos envolvidos nas sínteses e no funcionamento do sistema sensorial que monitora e coordena as atividades dos músculos e as atividades dos órgãos, construindo estímulos de sentidos e iniciando ações no organismo humano, interferindo nas sinapses que por sua vez são as ligações entre as células nervosas do cérebro. http://www.pt.wikipédia.org/wiki/sistema_nervoso. acesso em 20.01.2010.

⁴⁷ GONDIM, 2001.

- exclusão terapêutica – hospitais psiquiátricos, modelo de internação contínua e medicalização excessiva⁴⁸.

Além dessa esfera de exclusão social, dentro de muitos manicômios ainda se constatou um espaço não-salutar ao desenvolvimento humano, um verdadeiro depósito de seres humanos dopados e abandonados, sem alternativas de mudanças terapêuticas. Em contrapartida, iniciaram-se vários movimentos contra a psiquiatria clássica, dentre eles, o de reforma psiquiátrica que influenciaram a reforma da política de saúde mental brasileira, como abordaremos mais aprofundadamente no item 2.2 deste trabalho.

A reforma psiquiátrica reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas - também teóricas - bastante novas. A reforma insiste num argumento originário: os "direitos" do doente mental, sua "cidadania". Por trazer à cena, como sujeitos (cidadãos), aqueles que são seus clientes, a dimensão dominante da reforma deixa de ser técnico-administrativa, para constituir-se em enigma teórico. Um imprevisível político (DELGADO apud GONDIM, 2001, p. 29).

Os reformadores pregavam a negação do modelo engendrado pela psiquiatria clássica (modelo asilar de internamento perpétuo e medicalização constante) e a concepção biológica de doença mental (hegemonia do modelo cientificista psiquiátrico), iniciando uma nova forma de perceber a loucura como *existência-sofrimento* do sujeito em relação ao corpo social, tendo como marco dessa fase a experiência de Franco Basaglia na Itália, que influenciou a reforma psiquiátrica brasileira, visando formas mais integrais de atenção a pessoa, resgatando seus direitos como cidadão, e sobretudo, humanizando o tratamento e o espaço da pessoa diagnosticada com transtornos mentais.

De acordo com essa nova ética estabelecida não é conveniente denominar as pessoas que estão em tratamento psiquiátrico de *loucos* ou de *doentes mentais*, pois remete às formas anteriores de poder e subjugação. O termo que escolhi para denominar foi mulheres diagnosticadas com transtornos mentais ou usuárias dos serviços de saúde mental porque transmite melhor a ideia de sofrimento psíquico.

É necessário esclarecer que o termo tratamento e transtorno mental restringe a discussão ao campo médico, que em geral se mantém na esfera sintomática de cunho organicista e pouco se importa com outros aspectos. Já o atendimento em saúde mental

⁴⁸ CINTRA JUNIOR, Dyrceu de A. D. Direito e saúde mental. In Revista de Direito Sanitário. Vol. 2, nº 3. Novembro/2001.

amplia o olhar e desloca o enfoque para um campo interdisciplinar, que permite olhar a violência no campo da saúde coletiva e mental também.

Muito embora compreenda que não é tão somente uma alteração da nomenclatura que transformará as relações historicamente construídas de poder/saber médico sob a pessoa submetida a tratamento, bem como o controle social segregacionista e as relações naturalizadas, e portanto, hierarquizadas entre homens e mulheres.

De acordo com minhas observações de campo, ainda persistem métodos e técnicas de contenção e controle das pessoas diagnosticadas com transtorno mental, tendo preconceitos que fundamentam o tratamento a que elas são submetidas. Neste sentido, observei pessoas (homens e mulheres) sendo contidos fisicamente – amarrados à cama – ou quimicamente, através de medicamentos que deixavam estes indivíduos apáticos ou alheios às coisas e situações ao seu redor.

Isto para não falar, efetivamente, dos prontuários e triagens, que, à partida, já classificam as pessoas de acordo com determinada doença mental e, de certa forma, impõem um certo tipo de tratamento. Os problemas das pessoas ali atendidas não ganham singularidades e as suas questões individuais desaparecem, como se todos fossem mesmos/as, semelhantes, ao não considerar gênero, raça e classe.

De todo modo, a reforma psiquiátrica é um processo que caminha, mas que traz consigo, ainda, ranços do passado pelas diretrizes de alguns práticas que perseguimos, particularmente na forma de pensar e agir, que foram naturalizadas, mas que precisam ser debatidos e construídos sob novos parâmetros de relações de poder, tal como, por exemplo, o próprio modelo hospitalocêntrico e as técnicas de controle e contenção dos corpos e subjetividades das pessoas consideradas “doentes mentais”.

Parto do pressuposto de que a violação dos direitos humanos das mulheres que se expressa, cotidianamente em violência de gênero, “(...) é resultado da construção dos papéis sociais impostos a mulheres e homens, e não fruto das diferenças biológicas” (TELES, 2007, p. 62-63).

Neste sentido, pode-se, também, afirmar, que antes mesmo de se materializar em agressões e abusos, a violência praticada contra a mulher, insere-se, de certo modo, no âmbito daquilo que Pierre Bourdieu chamou de estruturas representativas de dominação, que consistem numa espécie de “poder invisível [que se exerce] com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhes estão sujeitos ou mesmo que o exercem.”

(BOURDIEU, 1998, p. 7-8)⁴⁹ Em outras palavras, tais estruturas são esquemas que compõem a “violência simbólica” ou:

[...] Violência suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última instância, do sentimento (BOURDIEU, 2007, p. 7-8)

O autor destaca ainda que os esquemas presentes nas estruturas sociais e políticas da dominação simbólica e, também da “violência insensível”⁵⁰ configuram relações que oferecem, também, a ocasião necessária para apreender a “lógica da dominação”. Para Bourdieu (2007), essa forma de poder⁵¹, é exercida em nome:

[...] de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante, quanto pelo dominado, de uma língua (ou uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou de uma maneira de pensar, falar ou agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma, dos quais o mais eficiente simbolicamente é essa propriedade corporal inteiramente arbitrária e não perceptiva que é a cor da pele. (BOURDIEU, 2007, p.8).

No que diz respeito a esta dissertação, a questão da arbitrariedade que se manifesta na dominação calcada na cor da pele está imediatamente associada às análises relativas à “dominação masculina” ou de relações de gênero.

Assim, essa dominação ou violência simbólica se apresenta tanto no sistema carcerário quanto na instituição psiquiátrica implica num silenciamento, numa invisibilidade da violência institucional. Entendo por violência institucional a afirmação do uso da força física ou até normativa por imposição estatal que atribui poder a determinadas pessoas para intervir em situações ou pessoas, limitando direitos.

Para Simone Duran Toledo Martinez, em artigo “Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher”,

A violência institucional é cometida principalmente contra os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. É aquela exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso a serviços, até a má qualidade dos

⁴⁹BOURDIEU, Pierre. “Sobre o poder simbólico” In: BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*; tradução Fernando Tomaz (português de Portugal) – 2.ed. Rio de Janeiro, ed. Bertrand Brasil 1998, pp. 7-15.

⁵⁰ Utilizo-me desta terminologia com a mesma acepção, isto é, como termo sinônimo de “violência simbólica”, da mesma maneira que Pierre Bourdieu se utilizou na citação referida no parágrafo anterior.

⁵¹ Ressalte-se que Foucault não compreende o poder como dominação, pois se assim o fosse não haveria relação e possibilidade de reação de quem se encontra subjugado.

serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições.⁵²

Nessa esteira, Foucault (1996, 1999) permite-nos tecer redes de implicações entre a lei e a terapêutica como instrumentos de normalização, de disciplina do corpo e manutenção da ordem socialmente estabelecida, marcada por descontinuidades e entrecortada por períodos de agitação revolucionária e pelo processo de industrialização.⁵³

Assim, podemos inferir que o liame que entremeia o *desejo* e o *poder* em nossa sociedade, a dialética entre loucura e razão instaura um princípio de exclusão. Foucault (2004)⁵⁴, então, nos diz que:

Desde a Alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato, não podendo nem mesmo no sacrifício da missa permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo (FOUCAULT, 2004, p. 10-11).

O autor acima citado adverte que as sociedades ocidentais produzem processos de exclusão. O mais evidente e familiar é, sem dúvida, a interdição. Para o mestre do *Collège de France*, ninguém tem o direito de dizer tudo, falar tudo em qualquer ocasião. Ele classifica como sendo um tipo de “tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala”, ou seja, três tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam, configurando uma rede complexa que não cessa de se modificar, sendo que esta mesma rede é mais complexa, hordiernamente, nas regiões da sexualidade e da (bio)política. De acordo com Foucault, esta categoria diz respeito às tentativas politicamente instituídas de controle para se obter um disciplinamento ou normalização das práticas e condutas consideradas desviantes.

⁵² Informação disponível em <http://www.recriaprudente.org.br/abre_artigo.asp?c=16>, acesso em 09.09.09

⁵³ Para maiores esclarecimentos, conferir: FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1996; *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999 & *Microfísica do Poder*. 14^a Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

⁵⁴ A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 10^a São Paulo: Ed. Edições Loyola, 2004.

2.2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PARÁ:

A chegada da família real e a necessidade de maior controle social, criou um espaço para retirar das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social. Em 1852, foi criado o primeiro hospício brasileiro, no qual o isolamento era a principal técnica.⁵⁵ No início do século XX, mais precisamente em 1903, a psiquiatria brasileira tinha como maior representante o médico Juliano Moreira, que introduziu a técnica das colônias agrícolas para os(as) alienados(as)⁵⁶. A ideia de que o(a) doente mental deveria ser tratado(a) com auxílio do trabalho foi então disseminada em todo o país.⁵⁷

Especificamente no estado do Pará, é importante destacar que o atendimento em saúde mental no Hospital de Clínicas pode ser considerado, em certa perspectiva, uma continuidade na medida em que, no período que vai de 1910 até o final da década de 80, a referência em termos de atendimento médico-psiquiátrico era concentrada no Hospital de Alienados Juliano Moreira.

Sobre a assistência psiquiátrica no estado do Pará, nos anos de 1833 a 1984, referência é a obra de Janari da Silva Pedroso (2008), que informa:

O Hospital de Alienados representou apenas a remoção dos doentes do Asilo do Tucunduba para uma localidade onde se concentrava um amontoado de loucos, vigiados por uma equipe de médicos e enfermeiros e controlados por funcionários. O tratamento, se é que se pode assim denominar, era antes um ato de penitência dos loucos perante a sociedade.” (...) Ao se considerar a exposição de Vianna (1992) sobre o Asilo do Tucunduba e o Hospital de Alienados, verifica-se que, no segundo, há uma tendência nítida à medicalização, enquanto reforço da estigmatização e da segregação da loucura predominava o Asilo do Tucunduba. (...) Na comparação do empirismo com a legitimação científica, o saber médico no Hospital de Alienados pode ser caracterizado pela forte incapacidade de lidar com os aspectos psicológicos, sociais e culturais dos problemas mentais dos doentes. Conseqüentemente, há um ambiente inadequado para uma abordagem mais abrangente da reintegração e da ressocialização dos pacientes (loucos, leprosos, alcoólatras etc.) e da atenção contínua da psiquiatria.⁵⁸

⁵⁵ SILVEIRA, Lia C. BRAGA, Violante A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2005. julho-agosto, 13 (4): 591-595.

⁵⁶ Alienado remete-se a um estado patológico no qual o indivíduo se tornou alheio a si mesmo. Informação disponível em < <http://www.psiqweb.med.br>> acesso em 18.08.09.

⁵⁷ GONDIM, Denise S. M. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde Pública. “Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes-RJ: Inovação ou reprodução do modelo assistencial?”. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

⁵⁸ PEDROSO, Janari da Silva. *Loucura e assistência psiquiátrica no Pará (1833-1984)*. Belém: NAEA, 2008. p. 106-107.

Segundo versão oficial, no ano de 1982, o hospital Juliano Moreira foi incendiado, numa atitude de resistência, pelos internos da ala masculina. O prédio foi desativado e, por exemplo, alguns funcionários que hoje se encontram no Hospital das Clínicas, lá trabalharam. De modo abrangente, pode-se dizer que a instituição psiquiátrica denominada Hospital de Alienados Juliano Moreira representava toda uma concepção de atendimento manicomial, que isolava as pessoas em celas, dopando-os com medicamentos diuturnamente, ou seja, um verdadeiro depósito de seres humanos espoliados(as) e destituídos(as) de direitos básicos fundamentais, especialmente a dignidade da pessoa humana.

Nas décadas de 1930 a 1950, o modelo hospitalocêntrico foi a base de toda a política de saúde mental brasileira, construindo-se ou reformando-se grandes hospícios estatais⁵⁹. Nos anos 1960, após o Golpe, a política manicomial sofreu nova expansão e reformulação, introduzindo-se a assistência ambulatorial (ambulatorização) a partir da influência do movimento denominado Psiquiatria Comunitária e o financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas para atendimento da demanda de doentes psiquiátricos.⁶⁰

A partir dos anos 70, ante as condições de atendimento aos pacientes psiquiátricos e a hegemonia dos hospitais privados, corroborado com as reivindicações para redemocratização do país, a saúde mental foi incluída na pauta de debates dos movimentos sociais. No caso da assistência psiquiátrica, as discussões a respeito das práticas manicomiais acompanhavam o projeto sanitarista que, em fins dos anos de 1970, já delineavam uma forma de participação popular na área de saúde.

Em 1987 foi implantado o primeiro CAPS⁶¹ (Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo), em 1989, o primeiro NAPS⁶² (Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos-

⁵⁹ Hospícios estatais tinham como principal característica ser uma instituição hospitalar pública, distante dos centros urbanos, que abrigavam pessoas diagnosticadas com transtorno mental em caráter definitivo. Existiam hospitais ou alas separadas para homens e mulheres que ficavam segregados do convívio social e controlados sob medicação constante.

⁶⁰ GONDIM (2001).

⁶¹ O Caps (Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira) em São Paulo, no ano de 1987, inaugurou esta nova modalidade de dispositivo, um modelo de serviço onde os pacientes eram atendidos em programas de atividades diversos, funcionando oito horas diárias durante os cinco dias da semana, com o objetivo de acolher aqueles que, com graves dificuldades de relacionamento, pudessem permanecer fora do hospital.

⁶² O Naps (Núcleo de Atenção Psicossocial) propõe funcionar 24 horas por dia e que tem por objetivo substituir o manicômio, garantindo atendimento 24 horas, possui o que denominam de espaço de convivência, de atenção à crise, de reabilitação psicossocial. Significa uma mudança na forma de tratar a pessoa com doença mental.

litoral paulista). Estes serviços foram modelos para iniciativas e programas de saúde mental em outros estados e municípios do Brasil.⁶³

No Brasil, a Assistência Psiquiátrica Pública na década de 90 tem sido marcada por uma política de redução dos leitos hospitalares localizados nos hospitais psiquiátricos tradicionais e pela implantação concomitante de recursos terapêuticos substitutivos ao aparelho manicomial. A base dessa reforma seria a eliminação paulatina do hospital psiquiátrico com o redirecionamento dos recursos públicos aos hospitais gerais e às redes comunitárias de integração sócio-familiar. É uma alteração, sobretudo, do modo de conceber a política de saúde mental e a disponibilidade dos bens públicos.⁶⁴

Isto significa dizer que as políticas públicas na saúde mental tendem a reduzir recursos para leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos, pulverizando os leitos em hospitais públicos gerais ou hospitais de menor porte (até 160 leitos), bem como fomentando assistência à saúde mental por outras estruturas não hospitalares, como são exemplos, os centros de apoio psicossocial.

Nesse sentido, a Portaria nº 251/GM (Gabinete do Ministro) de 31 de janeiro de 2002 do Ministério da Saúde do Governo Federal, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS (Sistema Único de Saúde)⁶⁵.

Em decorrência das medidas implementadas se verificam nos gráficos e quadros a seguir, a vertiginosa redução dos leitos psiquiátricos, e, ao mesmo período, a ampliação da rede de atenção psicossocial no Brasil.

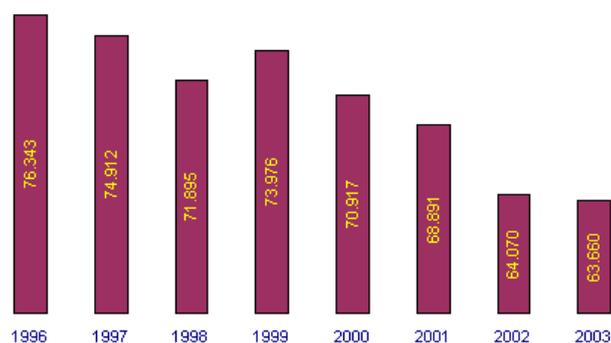
⁶³ SILVEIRA, Lia C. BRAGA, Violante A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2005. julho-agosto, 13 (4): 591-595.

⁶⁴ ALARCON, Sérgio. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde Pública. “Nos limites da desmesura: aforismos sobre reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial no Brasil.” Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2002. fl. 45.

⁶⁵ RIBEIRO, José M. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas. Rio de Janeiro, 2003. (mimeo).

GRÁFICO 1 – Nº DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS DE 1992 A 2003

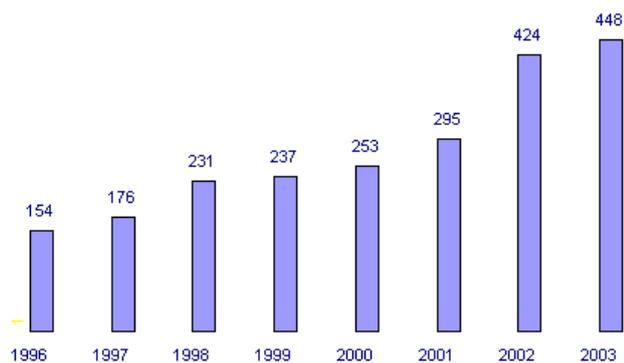
Brasil: Leitoss Psiquiátricos - Evolução 1992 a 2003



Fonte: DATASUS (2003)

GRÁFICO 2 - Nº DE CAPS DE 1992 A 2003

Brasil: CAPS/NAPS - Evolução 1992 a 2003



Fonte: DATASUS (2003)

Ressalta-se que em julho/2003, segundo informações do SUS, a distribuição de leitos psiquiátricos dentre os estados era a seguinte:

**QUADRO 1 – BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS
POR ESTADO – JULHO/2003**

ESTADO	Nº DE LEITOS
Acre	69
Alagoas	1.175
Amapá	20
Amazonas	126
Bahia	2.732
Ceará	1.141
Distrito Federal	93
Espírito Santo	855
Goiás	2.398
Maranhão	858
Mato Grosso	590
Mato Grosso do Sul	398
Minas Gerais	5.430
Pará	182
Paraíba	1.476
Paraná	4.982
Pernambuco	3.889
Piauí	565
Rio de Janeiro	11.871
Rio Grande do Norte	976
Rio Grande do Sul	2.190
Rondônia	21
Roraima	6
Santa Catarina	1.700
São Paulo	19.237
Sergipe	508
Tocantins	172
TOTAL	63.660

Fonte: DATASUS (2003)

Para exemplificar, destacamos o caso do estado do Pará. Pelos registros do DATASUS, em julho de 2003, existiam 182 leitos psiquiátricos no estado, reduzidos

(segundo a atualização de 22/11/2004 do CNES) para 126 no ano seguinte, todos vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS, conforme tabela a seguir:

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO ESTADO DO PARÁ

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES Indicadores – Leitos Psiquiátricos - Estado – PA

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2331861	HOSPITAL SANTO ANTONIO	ALENQUER	1	1
2328879	UNIDADE DE REABILITAÇÃO PSÍQUICO SOCIAL	ANANINDEUA	56	56
2333031	HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANA	BELÉM	48	48
2332981	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO	BELÉM	4	4
2752700	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ	BELÉM	4	4
2330962	HOSPITAL MATERNIDADE DO POVO CAPITÃO POÇO	CAPITÃO POÇO	1	1
0007641	HOSPITAL SAO JOSÉ	CASTANHAL	1	1
2615797	HOSPITAL MUNICIPAL DE MARABÁ	MARABÁ	2	2
2316064	HOSPITAL MUNICIPAL DR, ALMIR GABRIEL	SALVATERRA	1	1
2329832	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA	SANTARÉM	1	1
2329905	HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTARÉM	SANTARÉM	1	1
8001448	MATERNIDADE IRMÃ DULCE	SANTARÉM	1	1
2316021	UNIDADE MISTA DE SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA	SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA	5	5
			126	126

Fonte: DATASUS (2004)

Da análise dos quadros, especialmente o quadro 1, que mostra a distribuição desigual de leitos psiquiátricos no Brasil, percebe-se que estados como o da Paraíba⁶⁶ e Paraná⁶⁷, com área territorial menor que o Pará⁶⁸, possui maior número de leitos

⁶⁶ Paraíba possui 3.641.395 habitantes (estimativa em 2007) num território de 56.439,838 Km². Informação disponível em <www.ibge.gov.br>, acesso em 09.09.09.

⁶⁷ Paraná conta com 10.284.503 habitantes (estimativa em 2007) num território de 199.314,850 Km². Informação disponível em <www.ibge.gov.br>, acesso em 09.09.09.

⁶⁸ Pará possui 7.065.573 habitantes (estimativa em 2007) num território de 1.247.689,515 Km². Informação disponível em <www.ibge.gov.br>, acesso em 09.09.09.

psiquiátricos, em relação aos municípios do interior do Pará, estes quase sem assistência psiquiátrica hospitalar e comunitária.

Os poucos leitos psiquiátricos no interior do Pará, conforme quadro 2, são localizados em hospitais gerais e são fruto da política de descentralização de leitos psiquiátricos⁶⁹. Os 126 leitos para internação psiquiátrica no Pará, no ano de 2007, promoveram 1.374 internações, com duração média de 25,6 dias, como se observa pelo quadro a seguir:

QUADRO 3 – NÚMEROS DE INTERNAÇÕES NO ESTADO DO PARÁ (2007)

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade								
(por local de internação)								
Estado do Pará 2007								
Especialidade	Nº de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	120.979	23,2	79.713.169,37	33,3	658,90	3,6	1.192	1,0
Obstetrícia	138.858	26,7	59.766.653,17	24,9	430,42	1,9	40	0,0
Clínica médica	153.469	29,5	55.199.666,52	23,0	359,68	4,3	5.024	3,3
Cuidados prolongados (Crônicos)	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	1.374	0,3	1.362.409,01	0,6	991,56	25,6	1	0,1
Tisiologia	288	0,1	204.902,52	0,1	711,47	17,4	24	8,3
Pediatria	105.632	20,3	43.286.792,76	18,1	409,79	4,3	1.432	1,4
Reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria - hospital dia	264	0,1	192.423,76	0,1	728,88	35,1	-	-
Total	520.864	100,0	239.726.017,11	100,0	460,25	3,6	7.713	1,5

Fonte :SIH/SUS (2007)

⁶⁹ A política de descentralização de leitos psiquiátricos significa dizer que os leitos psiquiátricos existentes são distribuídos entre hospitais de atendimento do público em geral, independente de terem um setor específico de psiquiatria. No quadro 2, observa-se que somente a unidade de reabilitação psicossocial em Ananindeua e o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em Belém possuem atendimento específico na área da saúde mental, os demais hospitais e instituições de saúde pública não possuem uma equipe técnica completa na área de saúde mental com médico(a) psiquiatra, psicólogo(a), assistente social, enfermeiro(a) e técnicos em enfermagem com especialização na área de saúde mental.

Conforme relatório de gestão 2003-2006, que serve de balanço a realidade que se insere o estado do Pará, inscrito no Manual de Saúde Mental do SUS:

No primeiro Governo Lula, o processo de desinstitucionalização avançou significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. (...)

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) revelou dados importantes do ponto de vista da gestão, para a reorientação da assistência psiquiátrica hospitalar. Nas duas avaliações realizadas foram constatados problemas graves na assistência prestada pelos hospitais.

- Projeto terapêutico: a maioria dos hospitais não possuía um projeto terapêutico para seus pacientes ou o projeto apresentado não condizia com a prática institucional. Em 2002, os hospitais foram muito mal avaliados neste item: 62,30% foram avaliados como regulares e ruins e 14% como péssimos. Em 2004, aumentaram os hospitais avaliados como péssimos (18%) e aumentaram os hospitais regulares e ruins (67,87%). Isto significa que a maioria dos hospitais apresentava um projeto escrito que não condizia com a realidade (regular e ruim). E os avaliados como péssimos (14%) sequer tinham projeto terapêutico. Ou seja, os hospitais, em geral, não trabalhavam a reinserção social dos pacientes, gerando cronicidade nesta população.

- Recursos Humanos: em 2002, a maioria dos hospitais não foi bem avaliada neste quesito – 34% péssimo, 17% ruim e 20% regular (71%). Isto significa que eles não atendiam às exigências da Portaria MS/GM n.º 251/02 quanto ao número de profissionais e/ou quanto à categoria profissional. Em 2003, este número se manteve estável (72%), ou seja, os hospitais continuam mal avaliados, em geral, no que se refere ao item recursos humanos.

- Aspectos gerais da assistência: em 2003, 62,42% dos hospitais foram avaliados como ruins ou péssimos neste quesito, ou seja:

- a) Apresentam tempo médio de internação em torno de um mês ou mais;

- b) Possuem 20% ou mais de pacientes de longa permanência (mais de um ano de internação).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) foi instituído, em 2004, pela Portaria MS/GM n.º 52/04, visando uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria.

Tais mecanismos, aliados à expansão de uma rede de atenção aberta e comunitária, permitiram a redução e a substituição significativa de leitos psiquiátricos, especialmente de longa permanência, e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento.

Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos efetivou-se em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de mudança do modelo de atenção. Entre os anos de 2003 e 2006, foram reduzidos 11.826 leitos⁷⁰.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, há indicação de 01 leito para cada mil habitantes para psiquiatria; sendo que o Brasil, no ano de 2006, possuía 0,25 leito para internação psiquiátrica por mil habitantes. Ocorre que cerca de 3% da população brasileira [5,4 milhões de pessoas] sofrem de “transtornos nervosos” severos, que

⁷⁰ BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS. Relatório 2003-2006. P. 23-25. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf> acesso em 09.09.09.

precisariam de cuidados médicos contínuos; 12% [21,6 milhões] apresentam “transtornos menores”, mas que causam grande sofrimento, como a depressão e a ansiedade. Outros 6 a 10% [entre 10,8 e 18 milhões] são vítimas de transtornos causados pelo uso de drogas e álcool⁷¹.

Com efeito, a atenção em saúde mental deve se fundar na humanização do ambiente terapêutico, na criação de rede descentralizada de serviços e na reabilitação social da pessoa diagnosticada com transtorno mental. Ela deve ter como principal objetivo eliminar o estigma da periculosidade em que se encontram, incorporando na sociedade uma nova prática, uma nova postura, que visa, sobretudo, superar os preconceitos existentes.

Nesse contexto, a luta antimanicomial defende a extinção do modelo hospitalocêntrico baseado na segregação e na exclusão e tem como bandeira de luta a reforma psiquiátrica. O movimento antimanicomial prega a humanização do atendimento, sob a ótica de que a pessoa com transtorno mental é sujeito de direitos e precisa viver com dignidade e cidadania, numa perspectiva de inclusão social, pois, de acordo com Soalheiro e Amarante (2008):

No contexto do complexo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a participação dos usuários enquanto sujeitos envolvidos com as questões políticas relativas a sua experiência e sua condição vem se ampliando progressivamente.(...) A convivência na prática assistencial e política com esse louco-cidadão vem impondo novos rumos ao debate, trazendo questões para os diversos segmentos envolvidos (técnicos, familiares, gestores, etc.) e a possibilidade de uma outra escuta das questões pertinentes ao universo da loucura e da exclusão. (...) Este processo de politização vem tornando evidente a necessidade dos usuários de construir caminhos próprios e um saber sobre a experiência da loucura do ponto de vista de quem a vive. A resistência aos mecanismos da exclusão e as estratégias sempre atualizadas das instituições disciplinares parece aqui alimentar a construção de um saber sobre si e sua condição, sobre o tratamento e as instituições de cuidado, a militância e a política. (...) Dentro desse contexto, no interior do movimento da luta antimanicomial vai se fortalecendo um movimento social dos usuários dos serviços de saúde mental, que, com suas singularidades, produz inquietações que começam a se transformar em questões a serem enfrentadas.

A vanguarda dessa tendência, no Brasil, está expressa no projeto de lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que propunha, em linhas gerais:

- a proibição da expansão dos leitos manicomiais públicos;
- um novo tipo de cuidado ao paciente;

⁷¹ Segundo informações da OMS, disponível em www.who.int/contry/bras/es, acesso em 09.09.09.

- uma rede de serviços a ser construída pelas administrações regionais de saúde;
- o fim das internações compulsórias.

A partir desse projeto, foi aprovada, com modificações, a Lei nº 10.216/2001, que trata da política de saúde mental brasileira.

Cabe destacar os principais itens da Política de Saúde Mental, no tocante aos seus princípios básicos e fundamentais. Pode-se dizer que a política tem como premissa a desospitalização⁷², trazendo um novo modo de concepção da assistência psiquiátrica. A norma aprovada reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil.⁷³ A novidade é a regulamentação dos direitos das pessoas diagnosticadas com transtorno mental e dos casos em que é possível a internação psiquiátrica, mesmo sem consentimento da pessoa, possibilitando, por outro lado, punição para as internações involuntárias, arbitrárias ou desnecessárias.

O parágrafo único do artigo 2º versa sobre os direitos do portador de transtorno mental:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

⁷² A desospitalização é a redução do tempo de internamento de alguns pacientes em hospitais que vem se tornando uma tendência mundial. O conceito de desospitalização de pacientes asilados empregado nesta pesquisa está relacionado, principalmente, à noção de desinstitucionalização. Segundo Paulo Amarante (1996), a noção de desinstitucionalização surge nos E.U.A., em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy. (...) Nos raros casos em que o paciente é desospitalizado, ele não é desinstitucionalizado, permanecendo sob tutela familiar ou institucional. Informação disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300009&lng=es&nrm> acesso em 18.08.09.

⁷³ O projeto original é de autoria do deputado Paulo Delgado e versão final foi modificada pelo substitutivo do Senador Sebastião Rocha, incluindo proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella). Cf. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação de Saúde Mental: 1990/2004*. 5ª ed. Brasília: MS, 2004.

O artigo 3º trata da responsabilidade do Estado na reestruturação da política de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O artigo 4º assevera que a internação deve ser empregada somente em último caso, destacando o parágrafo 3º que é vedada a internação em local de características asilares. Asilar é o local que não respeita os direitos do artigo 2º e não possui estrutura de assistência integral. Portanto,

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Como se vê, a Lei nº 10.216/2001 não aboliu a internação involuntária que pode ocorrer sem ordem judicial, bastando comunicar (notificação compulsória em 72 horas) ao Ministério Público. O artigo 5º, porém, fala que as pessoas tidas como pacientes que por longo período de tempo ficaram internados, padecendo de grave dependência institucional, terão política específica de alta e reabilitação psicossocial. Assim,

Art. 5º- O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Ou seja, a Lei nº 10.216/2001 prevê evitar ou superar a dependência institucional por meio de reabilitação assistida, passando para as famílias o encargo de cuidar das pessoas diagnosticadas com transtorno mental. Neste sentido, o artigo 6º impõe que

somente com laudo médico que exponha os motivos/necessidade é que será internado(a), visto que:

Art. 6º- A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento ao usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O artigo 7º diz que a internação voluntária inicia com uma declaração de opção do usuário(a) do serviço de saúde mental. E o parágrafo único afirma que seu término pode ser por solicitação do usuário(a) do serviço de saúde mental ou por determinação médica. Nestes termos:

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

O artigo 8º trata da internação involuntária que somente poderá ocorrer com a autorização do médico. O parágrafo 1º diz que a internação involuntária, bem como a sua alta, deve ser comunicada ao Ministério Público pelo responsável técnico. E o parágrafo 2º diz que por solicitação da família ou por determinação médica pode ser encerrada a internação involuntária. Portanto,

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º- O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

O artigo 9º trata da internação compulsória, determinada pelo juiz. Ele prescreve que:

Art. 9º- A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do

estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Por outro lado, o artigo 10 diz que, no caso de evasão, transferência, acidente ou morte que, por acaso, venha a ocorrer no local de internação, relativo ao usuário(a) do serviço de saúde mental, deve-se comunicar a família. Logo,

Art. 10- Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

O artigo 11 versa sobre a necessidade de autorização para realização de pesquisas⁷⁴. Assim é que:

Art. 11- Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Nota-se que o sentido da lei é a desconstrução do sistema anterior, ao qual Dyrceu Cintra Junior destaca os seguintes problemas operacionais⁷⁵:

1. internações já existentes – desinternações. Altas hospitalares devem ser assistidas evitando o abandono⁷⁶ de pessoas que necessitam de tratamento;
2. mudança de mentalidade de ordem cultural – visa maior contato do doente mental com a sociedade – doente mental não é perigoso e incapaz.

Quanto a este último ponto, especificamente, durante meu trabalho de campo, tive a oportunidade de conversar com uma das enfermeiras mais antigas do lugar, sendo que, após o fechamento do Hospital Juliano Moreira em 1984, fez concurso interno e foi

⁷⁴ A pesquisa com humanos, do ponto de vista ético, possui três categorias (tríplice ético): a autonomia, que é a mesma para qualquer paciente, a proporção do risco/benefício da pesquisa e a fiscalização da justiça aplicada dentro das prisões, como nos hospitais e na comunidade”. In Cf. Mesa Redonda 2 – Experiências Internacionais – sobre o tema “Proteção dos direitos humanos e civis em psiquiatria forense”, por Julio Arboleda Flores. In ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Séries de Relatórios Técnicos nº 55. Encontro de parlamentares estaduais sobre legislação psiquiátrica no Brasil. Brasília, 08 e 09 de novembro de 1993. p. 19.

⁷⁵ CINTRA JUNIOR, Dyrceu de A. D. Direito e saúde mental. In Revista de Direito Sanitário. Vol. 2, nº 3. Novembro/2001.

⁷⁶ Em regra, o abandono pela família se dá por falta de recursos e cuidados constantes que necessita o portador de problemas mentais, Cf. CINTRA JUNIOR, Dyrceu de A. D. Direito e saúde mental. In Revista de Direito Sanitário. Vol. 2, nº 3. Novembro/2001.

chamada para trabalhar no setor psiquiátrico da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). A Enfermeira relatou-me que, atualmente, a situação de homens e mulheres com transtorno mental é bem melhor, já que é humanizada.

As histórias que sabe sobre desrespeito aos direitos humanos são da época antiga (época do Juliano Moreira), em que homens e mulheres eram trancafiados em celas e dopados. Naquela época, diz a enfermeira, que laborou no Manicômio Juliano Moreira: “era tudo bem pior para o paciente”. Ela conta que só apanhou (levou um tapa) de um usuário do serviço de saúde mental uma única vez, e, por isso, acredita que “não se deve confiar neles” (os que se encontram internados), pois, “de uma hora para outra, fazem coisas inesperadas, agriDEM, fogem, mordem” (entrevista realizada em 08.07.08).

Ela também disse que “não agüentava mais trabalhar com doentes mentais”, pois “esse era um trabalho muito difícil”. Perguntei-lhe sobre a reforma psiquiátrica. Ela acha que “hospitais comuns (hospitais gerais) não possuem pessoal capacitado para atendimento psiquiátrico”. Na opinião dela, “os profissionais que não são da saúde mental não sabem tratar desse paciente”. Segundo ela, “os CAPS também não resolvem, pois alguns deles não têm como melhorar a situação do doente”, uma vez que “nem mesmo os remédios dão jeito” – e, como não podem mais ficar internados por muito tempo, isso causa um grande transtorno para a família. “Muitos fogem, vivem nas ruas, são abandonados, e são trazidos de novo ao Hospital de Clínicas pelos bombeiros ou pela polícia”.⁷⁷

Pode-se perceber, então, que a reforma psiquiátrica é um processo em construção, com vários problemas operacionais a serem superados e que a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna está inserida neste contexto. Nessa reforma não se deu atenção às mulheres diagnosticadas com transtorno mental, em suas especificidades, porque tais questões são percebidas de forma naturalizada por uma lógica universal de atendimento de sujeitos abstratos, que, na verdade, escamoteiam relações de poder.

⁷⁷ Idem

2.3. INIQUIDADES NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL COM RELAÇÃO ÀS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL:

A normalização do saber médico pelos estados europeus durante o século XVIII, o crescimento dos centros urbanos, a concentração de população e das doenças epidêmicas (lepra e peste, por exemplo) levou ao desenvolvimento de políticas sanitárias (cemitérios, hospitais, controle da circulação do ar, esgoto, lixo, ampliação das ruas, entre outros), organização da vida social e do espaço urbano, ainda que o “remédio da época” com enfoque na limpeza étnica fosse a exclusão social (exílio, quarentena) do doente. Nesse contexto, na Europa do século XVIII o hospital surgiu como um lugar de assistência aos pobres, segregados, excluídos, e a reforma hospitalar contribuiu para a disciplinarização do espaço (vigilância) e para a atribuição do poder de cura ao médico que, por sua vez, tornou-se o especialista (FOUCAULT, 1999) e o portador do discurso competente (CHAUÍ, 1990).

Assim, a saúde pública e a medicina social desenvolveram-se como técnica estatal de controle social, numa dimensão biopolítica⁷⁸ estratégica. Mas também foram concebidas como direito.

As diversas declarações de direitos formuladas por diversos países visavam a proteção de direitos básicos do cidadão (seja pertencente a um país ou do ser humano)⁷⁹. Academicamente, tais direitos passaram a ser estudados através de uma classificação do tipo didática denominada de “gerações de direitos”, formulada pelo jurista Karel Vasak, 1979, para quem:

“a primeira geração dos direitos humanos seria a dos direitos civis e políticos, fundamentados na liberdade (*liberté*). A segunda geração, por sua vez, seria a dos direitos econômicos, sociais e culturais, baseados na igualdade (*égalité*). Por fim, a última geração seria a dos direitos de solidariedade, em especial o direito ao desenvolvimento, à paz e ao meio ambiente, coroando a tríade com a fraternidade (*fraternité*)”.⁸⁰

⁷⁸ Para um aprofundamento do conceito de biopolítica, ver: FOUCAULT, M. “Aula de 17 de março de 1976”. In: *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005; “O nascimento da biopolítica”. In: *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997; bem como “O nascimento da medicina social”. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

⁷⁹ Pode-se exemplificar: Revolução Francesa (1789) que promoveu a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão; Revolução Americana (1776) com a Declaração de Virgínia; a Declaração Universal dos Direitos do Homem, editada pela ONU (1948), estendendo a todos o respeito e proteção aos direitos fundamentais.

⁸⁰ Citado por GARRETT, Marina Batista. Artigo Da divisão didática à unicidade material: um estudo das gerações dos direitos fundamentais. Data 07.02.2006. Disponível em www.direitonet.com.br. Acesso em 09.09.09.

Entretanto, a construção desses direitos, como o direito à saúde, em dado tempo e espaço, é dinâmica e não se coaduna à ideia de gerações sucessivas que são alcançadas por etapas distintas. Historicamente, nem sempre os direitos de primeira geração foram reconhecidos anteriormente aos da segunda geração, por exemplo. E esse é o principal motivo de crítica à teoria das gerações. Na verdade, todos esses direitos se interligam e se completam, devendo ser compreendidos em múltiplas dimensões (GARRETT, 2006).

Assim, em cada país em que se formulou uma Constituição como carta política da nação, esta tem como premissa a ideia de que o ser humano é dotado de direitos inerentes a sua condição. A dignidade, portanto, somente pode ser efetivada com condições mínimas de vida e acesso igualitários aos recursos sociais, econômicos e políticos do Estado.

Visando auxiliar na construção desses direitos, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸¹ conceitua saúde como “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” e indica condições mínimas de saúde por meio de diversos índices que visam a diminuição da mortalidade infantil; o desenvolvimento humano; a redução da pobreza; o aumento da população economicamente ativa; entre outros. Pode-se verificar pelos índices acima mencionados que existem iniquidades na área da política da saúde que estão relacionados às formas como se organiza a vida social, especialmente, com relação ao acesso à saúde e renda.

A “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, pois as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a produção da saúde e da doença, sendo que o termo “saúde pública” expressa um caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam o acesso aos meios de garantir a saúde da população⁸².

Com efeito, Silveira (2002) aborda certas concepções da medicina imbricadas de uma ideologia de gênero que atribui à mulher inferioridade, emotividade, falta de lógica e fragilidade. Afirma a autora que a medicina desenvolveu-se como saber e autoridade masculina, reproduzindo esquemas de dominação masculina.

⁸¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS), surgida em 1948, atua na coordenação e direção dos assuntos relacionados à saúde no âmbito das Nações Unidas. Reúne 193 Estados membros anualmente em Genebra, e possui como principal função a determinação das diretrizes políticas referentes à saúde pública, tendo como objetivo principal a obtenção, por parte de todos povos do mundo, do maior nível de saúde possível.

⁸² Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (OPAS:OMS). “Iniquidades em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença”. Documento apresentado no lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil — Março 2006. Revista eletrônica Radis nº 45, maio/06, disponível em <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/45/capa-06.html>>, acesso em 09.09.09.

Nesse aspecto, destaca que a decisão médica, geralmente compreendida como tendo um caráter eminentemente técnico, é, na verdade, uma decisão calcada em referências construídas ao longo da vida social do profissional que, certamente, é influenciada pelos preconceitos e estereótipos vigentes em seu meio mais adstrito.

O mito da neutralidade científica, presente na formação e no desempenho dos profissionais da saúde, consiste em que as práticas médicas seriam isentas dessas influências valorativas, conformando-se numa prática igualitária, capaz de atuar com imunidade em relação a estas construções históricas. Mas tal não acontece. Há diferenças no tratamento que são derivadas de questões de idade, sexo, cor e classe social (SILVEIRA, 2002).

Conforme Silveira (2002), a labilidade atribuída às mulheres pela ciência médica é manifestação mais expressiva da emoção; por outro lado, confere-se às mulheres uma pecha de fracas, sensíveis demais, propensas a ter crises de “piti”⁸³. Isto significa que no atendimento médico encaram-se como “simulados” muitos dos sofrimentos femininos, banalizando-se o transtorno psíquico sob a lógica da hierarquização das relações entre homens e mulheres.

Tais iniquidades podem levar a tolerância à impunidade, constituindo-se em violação dos direitos humanos das mulheres. Logo, na visão de Silveira (2002), a violência contra a mulher pode ser considerada uma questão de saúde pública também, pois está imediatamente relacionada a um controle social. Todavia, esta violência permanece oculta, em muitos diagnósticos, principalmente, sob a forma de queixas, palpitações, nervosismos, insônias, que podem ser expressão de sintomas secundários de tensão ou agressão.

Os casos que observei e que descreverei no presente trabalho demonstram que a violação de direitos agrava o estado de saúde mental exemplificados – quer como origem, quer mesmo como decorrência – na perda da guarda do filho, na separação judicial, no abuso sexual, enfim, numa sucessão de perdas e traumas que deixam seqüelas não só físicas como também psíquicas, as quais marcam a vida dessas mulheres.

Sobre tais questões, Saffioti (2004) alerta que o ser humano é indivisível e as relações interferem no corpo assim como o corpo feminino e masculino interferem nas relações humanas. Com tal afirmativa, visa-se a ressaltar nada menos que o fenômeno da

⁸³ Crise de “piti” é um termo coloquial usado no meio médico que significa ausência de características de alguma doença no estado apresentado pela paciente, denotando que a paciente está simulando uma enfermidade que não possui.

somatização⁸⁴, que uso aqui como mais um exemplo de como se pautam os tratamentos sob a ótica da saúde mental da mulher. Segundo a autora:

Há mulheres que, não obstante jamais terem sofrido violência física ou sexual, tiveram suas roupas ou seus objetos de maquiagem ou seus documentos rasgados, cortados, inutilizados. Trata-se de uma violência atroz, uma vez que se trata da destruição da própria identidade destas mulheres. Sua ferida de alma manifesta-se no corpo sob diversas modalidades. Muitas passam mal, chegando a desfalecer. São levadas ao pronto-socorro, saindo de lá com uma receita de calmante. Diagnóstico? Doença dos nervos, quando a rigor, são as manifestações das feridas da alma. Um profissional *psi* faria um diagnóstico inteiramente distinto, propondo psicoterapia, talvez aliada a remédios, dependendo da situação, na qual certamente descobririam as razões de seu mal-estar (SAFFIOTI. 2004, p. 110-111).

Destarte, o que se percebe é que, independente de existir violência física, persiste uma violência simbólica, que causa tanto trauma, quanto uma hemorragia interna, uma vez que se espraia e compromete todo o corpo humano. Só que esse trauma simbólico pode se revestir de fenômeno corporal ou mental (somatização) que leva à associação do diagnóstico da doença mental com situações de vida das mulheres.

Conrado (2001, p. 154) chama a atenção de que:

Em um contexto violento, todo e qualquer sofrimento resultante de outros tipos de violência, que não seriam, propriamente, a física e/ou sexual, podem se materializar também em dor física, ocasionada, por exemplo, por alguma doença psicossomática, sem perder a dimensão social que vai além de “*socos e pontapés*”, que marcam e caracterizam as agressões na Polícia e na Justiça. As situações de violência narradas, descritas aqui, marcam as histórias de vida das mulheres ganhando, com isso, força e vigor que ultrapassam o aparente limite infligido pelos espancamentos, pela violência sexual, propriamente dita, permanecendo, frequentemente, latentes na vida de quem as experienciou. A dor, o sofrimento interferem diretamente na maneira como as mulheres em situação de violência vivem e se relacionam ao influenciar diretamente, a sua constituição enquanto sujeitos sociais pois todo o tipo de violência a que são submetidas em um contexto violento passa a ser o condicionante de sua existência social.

Um ponto importante é que as mulheres em situação de violência, em regra, são levadas, inicialmente, a um atendimento psiquiátrico quando aparecem sintomas classificados como doença mental, e, na maioria dos casos, outras formas de violência

⁸⁴ Psicossomatização é um fenômeno que ocorre no ser humano quando um fator psicológico como estresse ou ansiedade, por exemplo, passa a causar transtornos físicos, atacando órgãos ou funções do corpo humano, ocasionando náuseas, dor de cabeça, dor de estômago, insônia, diarreia, entre outros. Esses sintomas externos têm como causa um fator emocional ou estado mental.

nem chegam ao conhecimento/atendimento das autoridades públicas, por diversos fatores, dentre eles, o fato de carregarem o estigma de serem consideradas “mulheres loucas”.

Assim, reconhecer as desigualdades no atendimento à saúde derivadas das questões de gênero permite um olhar crítico sobre a prática médica e pode contribuir para a diminuição dessas iniquidades (SILVEIRA, 2002), pois, a violência contra a mulher é uma realidade social, camuflada por muito tempo e naturalizada nas relações de gênero. Isso é fruto de uma visão de mundo machista na qual a mulher é um objeto, um patrimônio, uma coisa, e não sujeito de direitos. A mulher é concebida como um ser dependente e inferior.

A partir da pesquisa de campo, relato mais um caso com o qual tive contato:

Caso de Amanda, 41 anos, negra, residente no bairro do Tapanã. Ela possui oito filhos (uma filha de 19 anos, unida estavelmente, outra de 17 anos, grávida, um filho de 15 anos, foragido da polícia, um de 09 anos, que mora com avó materna, um de 07 anos, estudante, uma filha de 05 anos, que ficou em algum lugar que não se recorda, um filho de 04 anos, que não mora com a mãe também, e uma filha de 02 anos de idade, que carrega consigo no momento da conversa). Ela estava muito assustada e falava que estava procurando uma filha de 05 anos de idade que acredita que foi levada por um pastor da Igreja Universal; ou seja, informa que sua filha foi adotada ilegalmente, sem a sua permissão. Que informou que já procurou a polícia, advogado, conselho tutelar, e nada fizeram, pois não sabe onde “perdeu” a filha. Ora diz que não sabe para quem “deu” sua filha; diz que foi ajudada por uma senhora que é esposa de um pastor, e que essa senhora quis ficar com a sua filha; que depois disso, não viu mais a filha e tem certeza que foi ela e o marido que levaram a menina. Afirma ainda que tem uma irmã que trabalha no CRASS (Centro de Referência de Assistência Social) e não gosta dela; pois já brigaram muito por causa das crianças. Segundo Amanda informa, a irmã tenta prejudicá-la, tirando os filhos dela. Que já perdeu um filho para a mãe. Disse que mora de favor na casa da filha mais velha, que tudo que tinha perdeu, pois um antigo companheiro levou tudo que tinha dentro do barraco que ganhou num programa social. Perguntei sobre os pais e a pensão alimentícia. Ela respondeu que isso não funcionou com ela. Que cada filho é de um pai diferente. Que somente alguns, o pai registrou o filho. Informei que a ação de alimentos era possível quando o pai registrava a criança. E se o pai não reconhecesse, necessitaria ingressar com ação de investigação de paternidade. Ela me disse que não sabia o endereço atual de nenhum dos pais dos filhos que possui. Que todos fizeram os filhos e a abandonaram. Que tem muitas dificuldades para trabalhar, pois são muitas crianças para cuidar. Que já trabalhou de doméstica em casa de família, mas foi envolvida numa situação de furto que afirma que não fez, que foi só uma desculpa para lhe mandar embora. Que vive pedindo ajuda na rua com a filha no colo; que foi internada pois estava andando semi-nua e gritando, mas afirma que foi coisa de momento e que não vai mais fazer isso. Afirma que quer ver os filhos. Que sabe que tiraram os filhos dela. Repete isso várias vezes. Chora muito. Desespera-se. Diz que não tem problema algum. Que o problema é que ninguém faz nada por ela. Perguntei como foi atendida (pois conversei com ela já no hospital-dia, em 10.03.2008). Ela informou que, há algumas semanas atrás, foi trazida pela polícia até o hospital e o médico fez poucas perguntas. Perguntei se ela contou dos filhos e ela disse que sim. Mas depois completou dizendo que o médico não lhe disse nada, apenas anotou num papel e falou que iria tomar alguns

remédios para se acalmar. Amanda disse ainda que sua mãe chegou no local depois, mas lhe acompanhou no atendimento médico. Que gosta da mãe, mas ela não aceita mais ficar na casa dela, pois um irmão dela tentou abusar sexualmente da filha menor na casa da mãe. Que depois disso, ela preferiu sair de casa. A mãe disse que ela inventa essas coisas, e ela se magoa com isso, pois ninguém a ajuda⁸⁵.

A mãe relatou que Amanda já deu os filhos para várias pessoas diferentes e depois se arrepende. Que a filha já foi usuária de droga e já trocou um filho por maconha ou cocaína, não se recorda. Que possui outra filha que trabalha no CRASS e que já tentou inseri-la nos programas de assistência, mas ela não frequenta e não colabora nas atividades das assistentes sociais. Disse ainda que se relacionou com pessoas desconhecidas na rua e por isso já teve muitos filhos. Que acredita que a filha precisa ser operada para não ter mais filhos. Que é comum ela, de repente, se tornar agressiva e fazer coisas inesperadas, como andar nua e gritar nas ruas da cidade.

No final, observando o que me foi dito, percebi que no prontuário constavam mais dados da conversa da mãe de Amanda do que os dela própria. A indicação da patologia mental e a medicação foram prescritas a partir das queixas e características relatadas pelo familiar/acompanhante, sem levar em consideração a sua opinião.

O que Amanda declara é percebido pelo médico como duvidoso e é levado em consideração com reservas, sendo que o profissional se apóia muito mais no que o familiar ou responsável contam acerca da conduta tida como ‘anormal’, ‘desequilibrada’ e ‘perigosa’ do rotulado ‘doente’. Desde logo, faz parte do tratamento destinado à mulher diagnosticada com transtorno mental o descrédito (desconfiança) com que se ouve a sua história contada por elas mesmas.

Segundo o relato dos médicos,

É comum os usuários (homens e mulheres com transtorno mental) contarem versões completamente fantasiosas, reclamarem que são vítimas, foram provocadas, perseguidas, ou mesmo que estão bem, normais. Outros pacientes, são extremamente agressivos, violentos, precisando da intervenção de até quatro enfermeiros do setor de triagem para conter, em regra, quimicamente/fisicamente o paciente. Após dormir várias horas, o paciente acorda um pouco atordoado e sonolento, quando será novamente avaliado (pelo médico). Se persistir com agressividade, repetir-se-ão os métodos de contenção até quebrar o ciclo de resistência e começar a ‘buscar ajuda’.⁸⁶

No caso do atendimento da mulher na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, o discurso médico predominante é de que “não há um tratamento diferenciado por sexo”. Mas é justamente essa circunstância que, na minha visão, se traduz em uma

⁸⁵ Registro do caderno de campo realizado em 10.03.2008.

⁸⁶ Relato de pesquisa de campo. Entrevista com médico psiquiatra registrado em 26.09.2007. Para os médicos, buscar ajuda consiste em ceder ao tratamento imposto e aceitar que possui uma doença.

desigualdade camuflada, pois é perceptível que o tratamento destinado às mulheres é desigual. Até porque não oferece atenção às histórias de violência, focando-se na doença, cujos sintomas estão associados a uma pré-concepção da fragilidade e instabilidade da mulher, que está associada à psiquiatria do século XIX e a uma concepção machista da ciência que desprezava o corpo feminino. Nesse sentido, a psiquiatria do século XIX alinhou doenças mentais ao corpo feminino de forma que:

Reconhecendo ou negando a existência do desejo e do prazer da mulher, os alienistas⁸⁷ estabeleciam uma íntima ligação entre as perturbações psíquicas e os distúrbios da sexualidade em quase todos os tipos de doença mental. Entre as doenças mentais mais destacadas estavam a histeria (...). As mulheres eram ligadas à histeria devido ao seu corpo ‘frágil’, ‘flácido’, mais do que ao corpo masculino”. (ENGEL, 2001, p.297-298)

A autora Magali Gouveia Engel explica que os alienistas brasileiros faziam uma associação entre a histeria e as mulheres. O médico Rodrigo José defendeu em 1838 a primeira tese na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, onde definia a histeria como “uma moléstia de que o útero é a sede”. Portanto, seria um distúrbio ligado à sexualidade. Os ataques histéricos apareciam na mulher no período entre a puberdade e a menopausa, ou seja, no início e no fim da vida sexual. Em seu estudo sobre histerismo, Cordeiro, também médico, a definia como uma “neurose dos órgãos genitais da mulher”, estabelecendo uma associação entre histeria, útero e mulher. Segundo o médico José Gonçalves, os ataques histéricos coincidiam com a proximidade da época da menstruação (ENGEL, 2001).

A palavra histeria, que possui catalogação na psiquiatria como doença, por exemplo, foi intimamente associada ao útero, órgão do corpo feminino. Logo, a condição de pessoa histérica, descontrolada, estaria associada ao próprio corpo feminino, e como causa das doenças mentais. Embora a tecnologia e a ciência médica tenham avançado significativamente, os estigmas e as pré-concepções dessas doenças permanecem no “olhar” médico sobre a mulher.

Atualmente, estudos sobre *diferenças de gênero na ocorrência de transtornos mentais*, em estudo publicado na Revista de Psiquiatria Clínica da USP por Andrade et al, tem demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de

⁸⁷ Alienista significa médico especialista em doenças mentais. Cf. <http://www.dicionarioinformal.com.br/definicao.php?palavra=alienista&id=14810>. Acesso em: 14/12/2009.

prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica⁸⁸, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta.

A percepção médico-psiquiátrica da mulher com transtorno mental se baseia em um modelo de compreensão com base na epidemiologia, ou seja, índices de incidência na população de determinada enfermidade e suas características, ficando em segundo plano os efeitos e circunstâncias que desencadearam o adoecimento da mulher.

No caso de Ana, do Bairro Águas Lindas⁸⁹, usuária de drogas, é abandonada pelo companheiro e perde a guarda dos filhos. A família a discrimina e, em decorrência das diagnosticadas crises, originados pela dependência psíquica às substâncias entorpecentes, ela também perdeu o emprego. Resultado: não recebe nenhuma assistência e se encontra totalmente isolada e desamparada.

Será que todas essas circunstâncias não interferem na saúde mental dessa mulher? Não é que o discurso psiquiátrico não reconheça o quadro de Ana. O que destaque é que não fará parte do tratamento dispensado a ela por não ser reconhecido quando se refere à mulher diagnosticada com transtorno mental.

Percebo que tratar a doença e não tratar essas questões não possibilita uma atenção integral à mulher. Certo é que a política de atenção integral pós-reforma psiquiátrica visa justamente a isso; porém, a equipe de saúde mental, composta de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogas, técnicos e estagiários, às vezes esbarra nos seus próprios preconceitos de classe, de gênero e racial, e, numa falta de apoio para solução de algumas demandas de natureza jurídica, ressaltando que em casos de notícia de crime deveriam acionar as autoridades competentes (Delegacia de Polícia, Ministério Público, por exemplo).

⁸⁸ Transtornos esquizotípicos são doenças catalogadas pela classificação internacional de doenças (CID-10) e podem ser variadas de acordo com o conjunto de sintomas apresentados pelo paciente. São sete hipóteses catalogadas de esquizofrenia. E os sinais para diagnóstico geralmente apresentam alucinações, delírios persistentes, eco do pensamento, vozes alucinatórias, interpolações no curso do pensamento resultando num discurso incoerente, comportamento catatônico, entre outros. Para mais informações vide obra ABREU et al (2006: 58-59).

⁸⁹ Os nomes das mulheres são fictícios para preservar as suas identidades. A história foi contada em 2007, e o seu relato será retomado no capítulo seguinte, quando, de forma detida, abordarei as falas das mulheres com transtornos mentais do Setor de Psiquiatria da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

Os motivos que levam as mulheres a serem definidas como loucas para o senso comum ou simplesmente “surtarem”⁹⁰ segundo o discurso médico propagado ainda hoje, pode ter origem biológica (déficit ou distúrbio do desenvolvimento mental, por exemplo) ou psicológica (depressão, traumas, transtornos de personalidade).

Nas histórias de vida dessas mulheres, isso se traduz, por exemplo, com a perda de um filho ou marido, um acidente abrupto ou violento; no desemprego; a dependência química (álcool ou drogas); o abandono afetivo e material do companheiro; a perda de uma mama em consequência de um câncer; ou mesmo de origem desconhecida, mas que se manifestou na vida dessa mulher, seja ela jovem ou idosa.

É a situação vivenciada por Carmem, de 48 anos de idade, nível superior, casada, negra, que reside no bairro da Cidade Velha, e que após um câncer de mama, teve extirpado o seio esquerdo, e entrou em depressão profunda. Ela teve uma passagem rápida pelo Hospital e já está em tratamento psicológico, além do medicamento psiquiátrico. Acredito que no caso dela a família preferiu continuar o tratamento numa clínica particular. Percebi que ela se sentia muito mal em estar no setor psiquiátrico. Suponho que estar ali fazia piorar a depressão. Não cheguei a conversar com Carmem, apenas fiquei observando e perguntei sobre sua situação. Ela tentou se matar com remédios, mas foi socorrida e sobreviveu.

Também me reporto a uma situação com a qual não tive contato diretamente no Hospital, mas que poderia perfeitamente se enquadrar numa tentativa de suicídio, pois Darlene, de 25 anos, tentou se matar cortando os pulsos, sendo socorrida pela mãe que a levou ao hospital. O motivo dessa atitude foi não suportar mais o ciúme do companheiro e as ameaças, a violência sexual e os espancamentos que sofria resultante da violência doméstica e familiar.

Outro caso é de dona Odete, de 78 anos, que há seis meses perdeu de uma só vez o marido e um filho que morava com eles em razão de um acidente de carro na rodovia (...). Após a notícia do falecimento do marido e do filho, perdeu a vontade de viver. Ela se encontrava, segundo o relato do médico que foi até a casa fazer uma visita domiciliar, deitada numa cama e se recusa a se levantar. Segundo informações dos familiares, ela também não quer comer ou tomar banho. A filha disse que não sabe mais o que fazer e já

⁹⁰ A noção de surto apresenta diferentes acepções. Pode ser utilizado como sinônimo de epidemia, como, por exemplo, um surto de dengue ou de meningite, sendo uma doença que se alastra, espalha aceleradamente, que está fora de controle. Já um surto psicótico, por exemplo, é como um curto circuito das funções mentais onde a pessoa passa a fazer coisas sem consciência ou sem controle. Aqui neste trabalho, é utilizado no segundo sentido.

ameaçou até lhe bater. Odete tomou uma medicação prescrita e dormiu por um dia inteiro, tendo a filha pensado que ela teria tentado se matar. Mas acordou um pouco mais disposta. Porém, relatou ao médico que a tristeza ainda não passara e que acha que não vai passar, pois o marido e o filho eram tudo que ela tinha na vida e que não tem motivo para continuar a viver.

Márcia, de 23 anos, dependente química de pasta de cocaína. Segundo a informação colhida, ela iniciou o consumo de maconha com o companheiro que era traficante no bairro da periferia da cidade. Que depois passou a consumir compulsivamente, tendo o companheiro pedido para que se afastasse das drogas. Ela disse que tentou parar e não conseguiu. Toda vez que ficava sozinha por alguns instantes, dava um jeito de conseguir o “bagulho” (substância entorpecente como maconha ou pasta de cocaína). O companheiro resolveu se separar dela, agravando a sua condição emocional. Já foi internada várias vezes. Melhora um pouco, mas quando vai para casa dos pais, foge e volta às ruas e às drogas.

Conforme estudos de Laura Helena Andrade et al sobre epidemiologia dos transtornos mentais na mulher⁹¹, tem-se que há maior incidência de transtorno psiquiátrico em mulheres adultas, quando experimentam a perda, a decepção ou alguma situação adversa. Isso, para o discurso médico, pode manifestar-se em doenças como a depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia, o transtorno obsessivo-compulsivo, entre outras patologias médicas catalogadas⁹². Todavia, não se poderia deixar de ressaltar que muitas doenças mentais estão associadas a um comportamento ou conduta que se diferencia do padrão estabelecido numa determinada época, daí ser concebida como “desviante”.

Desviante é uma forma de ser percebido pela sociedade, preocupada em distinguir grupos de pertencimento, o “são” do “não-são”. Entretanto, as diferenças nem sempre são consideradas como outras maneiras de ler a realidade. O desviante é percebido como um erro, um equívoco ou mesmo um estorvo por aqueles que agem de acordo com a maneira estabelecida pela sociedade. Para Gilberto Velho, o desvio nada mais é do que a “acusação” de um indivíduo por outro na interação e no jogo de poder entre eles. (VELHO: 1985, p. 13-14).

⁹¹ ANDRADE, Laura Helena S. G et al. Epidemiologia dos transtornos mentais na mulher. Revista de Psiquiatria Clínica. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>>. Consulta dia 09.09.09.

⁹² Para conferir tais patologias médicas, ver: ABREU, Cristiano Nabuco de (Et.al.). Síndromes Psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 85- 363-0563-0.

Sobre esse aspecto, recorro novamente a um caso relatado por Silveira (2002, p. 117), que, por sua vez, foi contado por um médico-antrópologo Paulo Michalyzin que bem ilustra a interferência dos preconceitos na tomada de decisões que, aparentemente, são de natureza técnica. Trata-se de um atendimento ginecológico a uma mulher, que chamarei de Tereza, que apresentava leucorréia (de forma genérica, tipo de secreção, corrimento vaginal). O médico a examinou e prescreveu um remédio para ela e outro para o marido. Tereza, indignada acerca da visão heterossexista sobre sua orientação sexual informou ao médico que era lésbica. Então, o médico determinou outro encaminhamento: ao psiquiatra! Esse breve relato, porém contundente, mostra atitude homofóbica e discriminatória do médico. Destaco que a homossexualidade deixou de constar na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 1990 como doença mental.

Pode-se dizer que aspectos da vida social e cultural considerados desviantes foram tachados como doenças. Algum tempo atrás se dizia que a pessoa estava triste, irritada. Hoje em dia o termo corrente e já naturalizado pelo senso comum é depressão ou estresse. Ou seja, houve uma ‘psiquiatrização’ das condutas cotidianas, dos sentimentos, banalizando os transtornos mentais.

E nessa esteira, as mulheres passaram a se tornar alvo favorito de uma indústria farmacêutico-cosmética que fomenta a ‘alegria de viver bem’, a ‘normalização’ das condutas para se adequar ao padrão de mulher produtiva, mas que não abandonou as funções de mãe e esposa, arraigadas às naturalizações de um modelo de feminino.

Com efeito, a psiquiatrização de sentimentos e condutas sociais aliada à incidência recorrente de transtornos mentais considerados comuns (depressão, ansiedade), marca e estigmatiza especialmente as mulheres desde o final do século XIX.

CAPÍTULO III – O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS E AS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, MULHERES ATENDIDAS E FAMILIARES

3.1. MINHA INSERÇÃO NO CAMPO DA PESQUISA

Durante minha estada em campo, a qual se deu de fevereiro-março de 2007 a março de 2008, tive a oportunidade de conversar com alguns/algumas usuários/as (entre homens e mulheres) e familiares de mulheres com transtorno mental que me informaram que estar ali implicava um esforço muito grande, pois, de alguma forma, todos tinham uma vida fora dos limites do HC. Isto é, antes de serem simplesmente identificados como doentes num prontuário, tinham uma história de vida que antecedia a condição de pacientes do serviço de saúde mental do HC. Quero dizer que essas histórias de vida se diluem com a entrada dessas mulheres num espaço onde todos são considerados pela equipe de profissionais “pessoas com transtorno mental”.

Ademais, tive que vencer meus próprios preconceitos e desenvolver as habilidades de “olhar, ouvir e escrever”, como sugere Cardoso (2000, p. 17-35), pois, a partir de então, haveria de me colocar na posição de observadora, que, na ocasião, buscava a produção qualitativa de dados empíricos.

Assim, quando em 2007, impus-me o desafio de compreender a realidade das pessoas, em especial, das mulheres que freqüentavam aquele setor de psiquiatria, percebi, quase que de imediato, uma lacuna, uma sensação de vazio que, por ora, redundou numa dificuldade em termos da necessidade de compreender a importância da *escuta* e o treino do *olhar* (antropológico) para a temática que, neste momento, importava-me desenvolver.

Logo, a observação participante pareceu-me a principal ferramenta a ser utilizada, pois era preciso presenciar as situações, escutar histórias de casos que ocorreriam lá, ouvir a trajetória de vida das pessoas, tudo isso para tentar compreender o porquê e também o que levou aquelas mulheres a estarem ali recebendo tratamento médico-psiquiátrico no contexto estudado.

Busquei compreender o modo como as mulheres diagnosticadas com transtorno mental se percebem a si mesmas, em vista do tratamento médico-psiquiátrico que recebem. Desta forma, o trabalho estruturou-se com idas a campo, e, com isso, passei a escrever um diário e a pensar estratégias para entrevistar aquelas que seriam as minhas principais informantes, quais sejam, as próprias mulheres. Efetivamente, concentrei-me

em fazer anotações detalhadas sobre o Setor de Psiquiatria da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, de como funcionava e atendia aquelas que ali eram internadas.

A partir de minha entrada em campo, na condição de pesquisadora, passei a transitar pela emergência, ambulatório, “hospital dia” e internação –, a fim de obter elementos para desenvolver meu trabalho. Porém, não tinha como aplicar formulários, pois os profissionais, geralmente muito atribulados, não podiam responder ou, quando tentavam, o faziam de forma tão sucinta que deles pouco pude aproveitar. No entanto, percebi, também, que aplicar questionário às mulheres diagnosticadas com transtorno mental, com um número de perguntas formuladas com antecedência, também não era profícuo, pois, cada uma reagia de modo bem diferente numa conversa percebida como direcionada em nome do tratamento a ela dispensado.

Desta feita, já na fase da pesquisa de campo, compreendi melhor o significado do que é estar inserida no contexto em que profissionais da saúde mental, mulheres diagnosticadas com transtorno mental e familiares se relacionam. As entrevistas livres (QUEIROZ, 1991) concebidas como conversas informais auxiliaram-me bastante, pois as mulheres poderiam relatar um pouco da sua história de vida e dos problemas que enfrentavam.

Assim é que, para ilustrar o modo como procedi em campo, remeto ao quadro a seguir, o qual expressa uma síntese dos relatos e casos que obtive, a partir de minha aproximação com as mulheres que, por sua vez, encontravam-se ali no HC:

QUADRO 4 – NOMES, CASOS E FORMA DE APROXIMAÇÃO

NOME	SÍNTESE DO CASO	FORMA DE APROXIMAÇÃO
<i>Marta</i>	Marta, 20 anos de idade, é uma jovem mãe que já esteve em tratamento psiquiátrico e que foi vítima de assédio sexual no local de trabalho. <i>Marta</i> tinha uma filha de pouco mais de um ano, cuja guarda judicial foi requerida pelos pais quando retornou ao atendimento de saúde mental. No caso de <i>Marta</i> , o assédio sexual, previsto pelo art. 216-A do Código Penal, traumatizou-lhe a tal ponto que sua capacidade para cuidar de sua própria filha está sendo posta em questão pelos seus pais, que requerem a guarda da criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa com Marta e sua genitora no Hospital-Dia • Relato da equipe técnica
<i>Maria José</i>	Ela reclamava ter sofrido depressão pós-parto. Essa teria sido uma das causas de sua separação conjugal e da perda da guarda de suas duas filhas,	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa com Maria José no hospital-Dia

	que, por sua vez, moram com a avó paterna. Maria José alegava abandono e “apropriação de bens” por parte dos irmãos e marido, preconceito e desprezo por parte das filhas.	
Maria Mariana	Maria Mariana foi abandonada no Setor de psiquiatria da FHCGV pela filha que vendeu o imóvel que tinham em Belém e mudou-se para Fortaleza-CE sem deixar contato.	<ul style="list-style-type: none"> • Relato da equipe técnica
Miriam	Residente no distrito de <i>Icoaraci</i> , <i>Miriam</i> dizia ter sido assediada pelo padrasto e violentada por estranhos. Insistia que havida sido induzida à prostituição.	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa com Miriam no hospital-Dia • Oitiva da equipe técnica
Maria	Procedente do interior do estado do Pará, <i>Maria</i> foi vítima de estupro após uma festa dançante por pessoas até o momento desconhecidas. Ela não falava e era bastante agressiva, principalmente com homens.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação; • Oitiva da equipe técnica
Joana	Joana sofria abuso sexual por parte do avô dentro de casa. A família não acreditou em Joana e não tomou nenhuma providência policial.	<ul style="list-style-type: none"> • Relato da equipe técnica
Roberta	Roberta engravidou de forma indesejada, não se tendo notícia de quem seria o genitor da criança. Logo após o parto, Roberta teve um acesso de violência contra o recém nascido, tentou praticar o infanticídio, e por isso foi internada no Hospital de Clínicas. Roberta engravidou de forma indesejada, não se tendo notícia de quem seria o genitor da criança. Logo após o parto, Roberta teve um acesso de violência contra o recém nascido,	<ul style="list-style-type: none"> • Relato da equipe técnica
Rita	Rita sentada no chão da emergência, balançando a cabeça para frente e para trás, sem falar nada.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do setor de emergência; • Oitiva da equipe técnica
Rosa	Rosa, mais idosa, é muito comunicativa e queria falar logo com o médico, perguntava bastante para todos que passavam ali, inclusive para mim, se já era sua vez, e logo em seguida afirmava que era sua vez; ela conversava comigo e ia embora, logo voltada e indagava de novo; e assim ficava percorrendo o salão de um lado para outro conversando com as pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do setor de emergência; • Oitiva da equipe técnica
Dora	Dora estava na ambulância, numa maca, amarrada, agitada, gritava sem parar, mordida as pessoas que estavam desembarcando-a pela parte de trás da ambulância. Ela tinha uma força	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do atendimento

	descomunal para uma mulher tão magra, quase pele e osso.	
<i>Darlene</i>	Darlene, de 25 anos, tentou se matar cortando os pulsos, sendo socorrida pela mãe que a levou ao hospital. O motivo dessa atitude foi não suportar mais o ciúme do companheiro e as ameaças, a violência sexual e os espancamentos que sofria na relação afetiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação; • Conversa com Darlene;
<i>Alice</i>	Alice estava na internação psiquiátrica e ficou me acompanhando durante uma visita ao setor de internação; dizia que queria ficar lá fora, com roupas diferentes como as que eu usava. Ela não sabia o porquê de estar internada. Relatou-me ainda que dorme com medo, pois brigou com outra paciente e teme que ela lhe mate. Também disse que um rapaz da internação tinha se escondido e tentado lhe agarrar no banheiro, mas que conseguira correr dele e chamar a enfermeira. Ela disse que às vezes fica sozinha no banheiro. Que já viu gente namorando lá dentro.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação • Conversa com Alice • Relato da equipe técnica
<i>Marcia</i>	Márcia, 23 anos, dependente química de pasta de cocaína. Ela disse que tentou parar e não conseguiu. O companheiro resolveu se separar dela, agravando a sua situação emocional. Já foi internada várias vezes.	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa com Márcia; • Relato da equipe técnica
<i>Ana</i>	Ana do Bairro Águas Lindas é usuária de drogas, foi abandonada pelo companheiro e perdeu a guarda dos filhos. A família a discrimina e, em decorrência as sucessivas “crises”, originados pela dependência psíquica às substâncias entorpecentes, perdeu o emprego. Resultado: não recebe nenhuma assistência e se encontra totalmente isolada e desamparada	<ul style="list-style-type: none"> • Observação; • Conversa com Ana; • Relato da equipe técnica
<i>Odete</i>	Odete perdeu de uma só vez o marido e um filho que morava com eles em razão de um acidente de carro na rodovia. Após a notícia do falecimento, perdeu a vontade de viver. Encontra-se deitada numa cama e se recusa a se levantar. Também não quer comer ou tomar banho.	<ul style="list-style-type: none"> • Relato da equipe técnica
<i>Carmem</i>	Carmem, após um câncer de mama, teve extirpado o seio esquerdo, e entrou em depressão profunda e tentou se matar, mas foi socorrida e sobreviveu.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação • Relato da equipe técnica
<i>Amanda</i>	Amanda possui oito filhos. Ela estava muito assustada e falava que estava procurando uma filha de 05 anos de idade que acredita que foi levada por um pastor da Igreja Universal; ou seja, informa que sua filha foi adotada ilegalmente, sem a sua permissão. A irmã tenta prejudicá-la,	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa com Amanda;

	tirando os filhos dela. Que já perdeu um filho para a mãe. Que cada filho é de um pai diferente. Que todos fizeram os filhos e a abandonaram. Que vive pedindo ajuda na rua com a filha no colo; que foi internada pois estava andando seminua e gritando, mas afirma que foi coisa de momento e que não vai mais fazer isso.	
<i>Francisca</i>	Francisca é uma senhora idosa que manifestava insatisfação e incômodo com a situação de se encontrar sentada, mas a equipe mantinha a correção física (amarras) que a obrigavam a ficar assim, em nome de sua própria saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação • Conversa com Francisca • Relato da equipe técnica

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Devo, ainda, ressaltar que uma estratégia para a aproximação com a equipe técnica e, também, com as mulheres atendidas foi participar de algumas atividades do hospital-dia na condição de voluntária. Ou seja, participei de palestras sobre direitos da pessoa com transtorno mental, direitos previdenciários e assistenciais. Também atendi a homens e mulheres diagnosticados com transtorno mental, acompanhantes e servidores do hospital para dar orientação jurídica gratuita, especialmente em questões previdenciária e de direito civil. Com isso, a relação de confiança se estabeleceu e pude tratar do trabalho acadêmico, na busca de situações de mulheres que se encontrassem em situação de violência ou violações de direitos, a partir do seu próprio ponto de vista.

De início, buscava especialmente situações de violência sexual e outras condutas que pudessem ser reconhecidas como crimes, seja no âmbito doméstico ou familiar ou na esfera pública, mas ao longo da pesquisa, os dados que obtive me fizeram perceber um detalhe importante: as histórias de violências contadas pelas mulheres estavam justamente imbricadas na violência institucional e na violência doméstica e familiar. Assim, passei a dar a devida atenção aos casos que me foram relatados sob a perspectiva de violação de direitos humanos das mulheres a partir das informações que me chegavam às minhas mãos.

3.2. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Em um momento inicial, no período de 2005 a 2006, tive o primeiro contato com a equipe de saúde mental, ocasião em que conheci o funcionamento do setor psiquiátrico da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Isto causou em mim forte impacto e

provocou reflexões que criaram raízes e que, também, motivaram a pesquisa, pautada numa leitura preliminar a respeito da loucura, do nascimento da psiquiatria e da reforma psiquiátrica.

Em um segundo momento, com o ingresso no Curso de Mestrado em Direitos Humanos do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Pará (2007) e a conseqüente vinculação à linha de pesquisa “Direitos humanos e Inclusão social”, o que me possibilitou delimitar a problemática para mulheres com transtorno mental em situação de violência, utilizando-me de aporte teórico que se iniciou a partir de uma aproximação da antropologia com o direito e, depois, pela incorporação de literatura no âmbito da temática mulher e saúde pública, que me alertaram, de antemão, às barreiras que eu mesma tinha que enfrentar: os meus preconceitos e estereótipos que tinha que desconstruir para seguir, com possibilidade de sucesso, a adentrar a temática em questão.

Para tanto, busquei estudos do movimento de sociologia urbana da Escola de Chicago (EUA) das décadas de 20 e 30 do século XX, percebeu-se que a vida nas cidades produziria sintomas psíquicos. Isto significa relacionar a diagnose do transtorno mental com uma determinação complexa que envolve dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas classes sociais e nas relações gênero (LUDEMIR, 2008).

Nesse passo:

A cidade moderna - caracterizada pela sociedade civil, pelo capitalismo e pela industrialização - é uma sociedade descontente no desejo de transcender as limitações de caráter social e pessoal na sua totalidade (HELLER, 1993).

A depressão tornou-se a "epidemia psíquica das sociedades democráticas" (ROUDINESCO, 2000) e será, segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), a segunda causa de morbidade no mundo em 2020. Aliados à depressão, subsistem nas cidades a ansiedade e sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, definidos por Goldberg e Huxley (1992) como Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Frequentemente encontrados nas cidades, esses transtornos representam um alto custo social e econômico pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (GOLDBERG; HUXLEY, apud LUDEMIR, 2008, p. 3).

Com efeito, a cidade de Belém, embora não tenha atingido um crescimento econômico pautado na industrialização, possui uma realidade cada vez mais desigual e competitiva, com elevado índice de violência urbana e desemprego ou subemprego, sendo fatores sociais e econômicos que alavancam índices de transtornos mentais

considerados mais freqüentes como depressão e ansiedade, e atingem especialmente as mulheres.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),

Dentre os medicamentos de uso em psiquiatria mais vendidos no mundo, estão os ansiolíticos, os antidepressivos e os antipsicóticos, os quais respondem, juntos, por cerca de 60% dos psicofármacos vendidos no planeta. Os transtornos de ansiedade e os transtornos do humor não somente crescem em prevalência, em todo o mundo, mas também os reflexos deste fenômeno de crescimento são igualmente mais notáveis e polifacetados. Há uma estreitíssima relação entre o crescente aumento dos transtornos psiquiátricos na população e o aumento geral do consumo de medicamentos no mundo.⁹³

E conforme Laura Helena S. G. Andrade, Maria Carmen Viana e Camila Magalhães Silveira (2009):

Das dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (LOPEZ E MURRAY, 1998 apud ANDRADE et al 2009, p. 2).

Segundo artigo das autoras intitulado “Epidemiologia dos transtornos mentais na mulher”⁹⁴, na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo.

A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose.⁹⁵

Com a técnica da observação participante pude perceber como os acontecimentos vistos como corriqueiros, como práticas cotidianas, por exemplo: ignorar os anseios das mulheres (não-escuta), interdição de direitos, contenção física e química - podem criar novas interpretações, tendo, então, o trabalho de campo um papel central no estudo das transformações do cotidiano.

⁹³ O Século do Conhecimento e das Aflições. Disponível em <www.dradnet.com> Acesso em 09.09.09.

⁹⁴ Idem.

⁹⁵ Idem, p. 3.

Ora, um dos traços marcantes do estudo antropológico é a experiência do trabalho de campo, exigindo uma habilidade de transposição e empatia que consiste em se colocar no lugar do outro, a partir de um estranhamento do seu próprio cotidiano – não só, evidentemente, do que ocorre a sua volta, mas, ainda, consigo mesmo, permitindo apreender os fenômenos de forma mais sensível e com postura reflexiva.

De acordo com Cardoso (1997, p. 103),

Observar é contar, descrever, situar os fatos e o cotidiano, construindo cadeias de significação. Este modo de observar supõe um investimento do observador na análise de seu próprio modo de olhar. Para conseguir esta façanha é preciso ancorar as relações pessoais em seus contextos e estudar as condições sociais de produção dos discursos do entrevistador e do entrevistado... A teoria do conhecimento nos oferece um caminho para compreender a realidade e não uma série de verdades a serem comprovadas... O encontro com desconhecidos com que se pode cultivar uma relação de alteridade é que permite conhecer o modo de operar de sistemas simbólicos diversos que são postos em movimento por esta interlocução. O objeto do conhecimento é aquilo que nenhum dos dois conhece e que por isso mesmo pode surpreender. Logo, a novidade está na descoberta de alguma coisa que não foi compartilhada e não – como quer a noção usual de empatia – na comunhão.

O objetivo é, pois, tornar visíveis as situações que estão ocultas e que, por virem à luz, denunciam o *status quo*. Alba Zaluar (1997) ressalta a necessidade de se registrar “o contexto da ação do que foi dito” e de que modo o antropólogo obteve a entrevista, quem é a pessoa entrevistada e a sua adesão ou não ao que é dito, a sua representatividade no grupo. Todas essas informações fazem parte da construção do trabalho.

Por outro lado, Gilberto Velho (1999) explicita que os métodos de pesquisa qualitativos (entrevistas abertas, observação participante, contato direto, pessoal, com o universo investigado por um período de tempo razoavelmente longo a fim de que se possam ver aspectos da cultura que não são explicitados à superfície) compreendem um problema complexo que envolvem relativo distanciamento social e psicológico.

O interesse pela temática relativa à saúde mental de mulheres e suas implicações jurídicas em termos de uma possível reflexão acerca dos direitos humanos se iniciou, como já referi anteriormente, nos anos de 2005 e 2006, quando visitei o setor psiquiátrico a convite de membros da equipe de saúde mental.

Ao longo desse período de março de 2007 a março de 2008, observei o ambiente e as relações que ali ocorriam, bem como entrevistei três mulheres que estavam em tratamento no Hospital-Dia, cinco médicos-psiquiatras, seis psicólogas, três assistentes sociais, duas enfermeiras, dois acompanhantes, dois Juízes das Varas de Violência

Doméstica e Familiar de Belém, uma Promotora de Justiça, uma Delegada de Polícia Civil e uma Defensora Pública.

Assim é que, para estudar a temática proposta, relacionei-a aos ramos do conhecimento jurídico e da Antropologia Social. Nesse sentido, Clifford Geertz (2007), que defende que cada povo, ou melhor, cada grupo ou categoria social possui um direito que lhe é próprio, assim como uma dinâmica de vida que lhe é própria ou peculiar.

Logo, através da observação participante pude melhor registrar o atendimento dos profissionais da saúde mental, nos diversos setores do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna: emergência, internação e hospital-dia – e fases de atendimento, bem como analisar o espaço e a forma como se dão as relações entre os profissionais e as mulheres atendidas e as relações entre acompanhante (família) e mulheres diagnosticadas com transtorno mental, conforme descrevi nesse capítulo.

3.3. AINDA SOBRE O HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

A Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), também conhecida apenas pela sigla HC, está localizada na região central de Belém, mais precisamente na Rua Alferes Costa, s/n, bairro da Pedreira. Trata-se de um hospital de referência quando o assunto é saúde mental no estado do Pará, em razão de ser a única a possuir em sua estrutura organizacional uma Clínica Psiquiátrica, composta pelos serviços de Emergência Psiquiátrica, Internação Psiquiátrica (SIP), Hospital-Dia (HD) e ambulatório (LINS, 2006, p.17).

Constitui-se, juridicamente, numa fundação estadual criada pela Lei nº 6.304/2000 (ver anexo), tendo como finalidade precípua o atendimento especializado nas clínicas cardiológica (doenças do coração), nefrológica (doenças renais) e psiquiátrica (doenças mentais), prestando serviços de saúde gratuitos e de qualidade à população paraense, e oferecendo condições para o ensino e pesquisa na área de saúde. Sob este último aspecto, a instituição hospitalar abriga desde 2005 o curso de residência médica nas áreas de psiquiatria e terapia intensiva, o que faz do local um campo de pesquisa. Por essas razões, escolheu-se a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

O Hospital de Clínicas está inserido na lógica dessa política que se deu pós-reforma psiquiátrica, na qual o Estado vem diminuindo verbas para manutenção de leitos

psiquiátricos para internação. Hospitais gerais, ou seja, hospitais que atendem o público em geral, não possuem um setor psiquiátrico específico. O que se tem são 09 CAPS (Centros de Apoio Psicossocial) na região metropolitana de Belém, que funcionam como posto de saúde de tratamento básico⁹⁶ nestes casos.

A Reforma da Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216/2001 (vide anexo), propõe política de repasse de verbas federais para municípios, no caso dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), e para os estados, no caso da rede de saúde pública, visando implementar uma assistência multidisciplinar.

No estado do Pará a situação não é diferente. Porém, os casos considerados de maior gravidade são encaminhados para o Hospital de Clínicas que, por sua vez, atende a maior parte das situações que lhes são encaminhadas, de modo que o HC funciona como uma referência no tratamento de saúde mental no estado do Pará.

O acesso ao hospital ocorre pela Avenida Doutor Freitas ou pela Avenida Marques de Herval, localizando-se no bairro da Pedreira, próximo ao Centro de Convenções, mais conhecido como Hangar. Em todo caso, a Alferes Costa é uma rua larga, de mão dupla e, também, de fácil acesso. Todavia, o movimento de carros por ali não é intenso, muito embora constante. Assim, na parte da frente do HC, antes da guarita de entrada, há uma espécie de pátio. Na realidade, é um grande estacionamento externo. Porém, da grade que separa a parte interna da parte externa do Hospital, pode-se ver, também, outro pátio que é utilizado como estacionamento interno.

Se o estacionamento externo pode ser utilizado por familiares e visitantes e, também, eventualmente por médicos, funcionários ou pessoas autorizadas; o estacionamento interno é destinado apenas aos que trabalham no HC ou, ainda, aos que ali entram com autorização (médicos, familiares e demais funcionários). No entanto, as barreiras e limites que segregam a parte interna da parte externa constituem-se por um conjunto de grades e cercas frontais com muros laterais. Ali existe um controle de entrada e saída de pessoas e veículos, o que ocorre mediante a vigilância atenta de, basicamente, dois seguranças que se posicionam imediatamente numa espécie de guarita, onde se faz uma triagem para definir o acesso dos que podem ou não entrar no Hospital.

É importante frisar que, ali na guarita, mesmo a entrada e a saída das pessoas que utilizam o hospital, tanto médicos como funcionários não se realizam pelo mesmo portão.

⁹⁶ O tratamento básico de um CAPS consiste em consultas com psiquiatra e prescrição de medicamentos, atendimento com psicóloga, assistente social, se houver, e participação de atividades diurnas com a equipe do CAPS.

Notei, ainda, que, se estiver na rua, percebe-se uma nítida separação entre os que carecem desse sistema público de saúde e os que dele participam de alguma outra maneira. Até mesmo a entrada e a saída de veículos (dos médicos e demais técnicos) não se faz pela mesma entrada e saída de ambulâncias que chegam ao HC, oriundas dos bairros de Belém ou do interior do estado do Pará, isto é, municípios próximos da capital, acessíveis pelas rodovias.

O estado do Pará possui 143 Municípios e o acesso rodoviário à capital paraense ocorre pelos municípios localizados no lado leste e sudeste e sul do Pará, enquanto que os municípios localizados na região da Ilha do Marajó, do baixo e médio Amazonas (oeste e sudoeste do Pará), o acesso ocorre somente pela via fluvial, e para a elite, a via aérea.

Mesmo os que têm acesso rodoviário permitido possuem alguns entraves. Embora o Hospital de Clínicas atenda uma demanda espontânea em regime de atendimento vinte e quatro horas por dia, a população carente necessita de um veículo para fazer o transporte. E dependem da ambulância das Prefeituras dessas localidades, sendo que estas nem sempre possuem condições de uso adequadas para a viagem. Quando a ambulância não funciona ou está em manutenção, precisam custear transportes alternativos, como vans e ônibus de linha.

Na capital paraense, não raro, o Corpo de Bombeiros, a polícia militar, encaminha casos para o atendimento de emergência do Hospital de Clínicas.

Nos municípios que não tem acesso rodoviário direto à capital, as pessoas diagnosticadas com transtorno mental são atendidas(as) no hospital regional de Santarém-PA (região oeste do Pará), ou são removidos para Belém, por meio fluvial ou aéreo, em casos graves.

Nos municípios do interior do Pará que possuem algum tipo de atendimento psiquiátrico, este é apenas ambulatorial e realizado por meio dos CAPS.

Percebe-se que a capital é pólo atrativo de pessoas do interior do estado em busca de condições e recursos para atendimento médico, especialmente, na área da saúde mental em razão da situação caótica da saúde nos demais municípios, mas cabe dizer que a situação da capital é igualmente precária.

Desse modo, o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna é um complexo formado por um conjunto de serviços e atividades médico-hospitalares que se distribuem ao longo de corredores e salas, que vão desde a parte burocrático-administrativa até a recepção, passando, evidentemente, por uma série de consultórios e quartos de enfermarias. Os

principais setores do Hospital, isto é, aqueles cuja demanda é grande, constituindo-se em principais referências no estado do Pará, são o de cardiologia, nefrologia e psiquiatria.

Entretanto, as clínicas de cardiologia, nefrologia e demais setores encontram-se no interior do prédio frontal do HC, conectando-se com a entrada principal do hospital. Em relação à psiquiatria, que ocupa um espaço anexo lateral configura-se como um “mundo à parte”, ou seja, de forma autônoma e separada da realidade do restante do Hospital. Isto significa dizer que o setor de psiquiatria do Hospital de Clínicas recebe uma atenção diferenciada, pois não está no interior do prédio principal, dando a impressão de ser tão somente um apêndice das prioridades estruturais da política de saúde do estado. Por outro viés, essa separação estrutural dos prédios reforça uma segregação das pessoas que ali trabalham em relação àquelas que são atendidas pelos serviços médicos.

Em outros termos, as práticas de exclusão social, determinadas pelo que chamei de *local à parte*, em que o setor de psiquiatria é alocado, reinventam-se constantemente. À semelhança do mito da “nau dos loucos”⁹⁷, que excluía da convivência social os que fossem considerados “loucos” pelo poder arbitrário instituído, o setor de psiquiatria do Hospital de Clínicas é, na realidade, outro mundo.

Neste sentido, a loucura concebida como doença mental, alimenta as práticas mais recentes de exclusão e segregação social, quer pela ideia de improdutividade, de incapacidade ou periculosidade que ela encarna. Daí se critica a opção institucional pela localização da clínica psiquiátrica no anexo lateral direito do prédio principal do Hospital, pois se observa que essa política tem como escopo a segregação dessas mulheres a um local mais isolado dos demais setores do hospital.

No Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, observei, a partir do fluxo de ambulâncias que transportavam as pessoas, que grande parte das pessoas diagnosticadas com transtorno mental e seus familiares/acompanhantes que chegavam ao setor psiquiátrico são residentes em bairros periféricos da cidade ou de municípios próximos. Ainda com relação às ambulâncias, elas trazem escritas na pintura externa a localidade de origem, seja a unidade de saúde do bairro ou o nome do município.

⁹⁷De acordo com Foucault, a *Nau dos Loucos* era um barco que, apareceu durante o período do Renascimento e que “... deslizava ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos” contendo em si os alienados e enjeitados daquela época. FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

Em minha percepção, o público atendido, na maioria, é pertencente às classes populares e é negra (preta e parda)⁹⁸, pois classes mais abastadas procuram clínicas particulares. Justifica-se tal afirmativa pela observação realizada no local. Com efeito, o uso da etnografia, na concepção de Vagner Gonçalves da Silva (2006, p. 121) significa o “processo de pesquisa na qual o antropólogo de perto observa, grava e participa da vida cotidiana de outra cultura – uma experiência chamada de método de trabalho de campo – e depois escreve explicações desta cultura, enfatizando o detalhe descritivo”. Não se pode perder de vista que “a descrição é em si mesma uma interpretação circunstanciada pelas condições de sua observação”. (SILVA, 2006, p.124)

O HC possui uma porta de entrada para o atendimento, que permite acesso a triagem e emergência 24 horas. Lá se verifica um ambiente um pouco conturbado pelo número de “usuários” (termo utilizado pelos profissionais aos que buscam e são designados à internação como também aos que são atendidos no setor de emergência) e de familiares/ acompanhantes presentes .

O setor de emergência psiquiátrica é composto por dois consultórios médicos os quais tive acesso em minhas visitas e duas salas grandes com leitos, macas e, não raro, colchões no chão com pessoas consideradas pelos técnicos ali presentes como “pacientes em crise”, que são trazidas pelos familiares ou pelos bombeiros ou ambulâncias dos municípios do interior do estado. Não há médico psiquiatra na maioria dos municípios do interior, nem estrutura diferenciada como leitos, enfermeiros e medicamentos. Porém, alguns desses “usuários”, como são chamados, advêm dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois, em sua maioria, eles não possuem estrutura para atender casos de maior complexidade (graves)⁹⁹, os quais são todos encaminhados para o HC.

Como se pode entrever, não há, na entrada do setor de psiquiatria desse Hospital, um atendimento diferenciado; todas as pessoas ficam aguardando atendimento em um salão comum, no qual existe um porteiro que controla o acesso (entrada e saída) de pessoas diagnosticadas com transtorno mental e de seus familiares, já que a política de atendimento hospitalar impõe o acompanhamento constante de um familiar ou responsável, o que torna bastante difícil a vida daqueles que – por qualquer motivo (de abandono ou distância em relação ao município em que mora) – não possuem nenhum parente que se responsabilize pelo acompanhamento durante o atendimento psiquiátrico.

⁹⁸ Esse dado foi obtido a partir de observação direta de conversas informais a partir da imputação à cor, pois não tive acesso a dados estatísticos com relação à condição econômica e de cor/raça feito aos pacientes no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

⁹⁹ Casos graves são aqueles em que o paciente oferece risco à sua própria vida ou à vida de outrem.

No setor psiquiátrico do HC, quando uma mulher é internada é comum ouvir comentários depreciativos da parte, principalmente, dos próprios familiares, dizendo que ela é “louca”, “estressada”, “perturbada da cabeça”, “incapaz de assumir os afazeres do lar e cuidar dos filhos”. Tais comentários denotam uma perspectiva depreciativa das mulheres atendidas, uma vez que elas não se enquadram nas expectativas sociais impostas por nossa sociedade.

O estigma de louco, de anormal, de desviante, não se resume às deformidades físicas do corpo, mas também a aspectos morais, sociais e mentais, classificando-os como indesejáveis e desvalorizando as pessoas que os possuem. O estigmatizado sofre discriminação de muitas maneiras diferentes e é freqüentemente rejeitado por seus semelhantes (GOFFMAN,1982).

As responsabilidades sociais que recaem sobre a mulher só vem aumentando ao longo das décadas, seja por conta da dinâmica da vida moderna, seja pela competitividade exacerbada ou mesmo pela consolidação da mulher no mercado de trabalho (formal ou informal), o que a leva a assumir as despesas familiares, sem perder de vista as funções da maternidade como função central. Tanto a situação de violência contra a mulher quanto à sobrecarga de atividades desempenhadas pode assumir um caráter perverso de vitimização e vulnerabilização da mulher (MATTOS, 2006).

Percebe-se ainda, nesse contexto, quem se responsabiliza pelo acompanhamento das mulheres diagnosticadas com transtorno mental raramente é o cônjuge ou companheiro e, durante minha pesquisa de campo só conheci um marido que assistia, pessoalmente, o tratamento da mulher. Na maioria das vezes são as mães, as irmãs, ou seja, geralmente, é outra mulher que, não só cuida, mas que também a acompanha. No caso de homens diagnosticados com transtorno mental, pode-se dizer que é comum encontrarmos uma acompanhante mulher. São esposas, companheiras, mães e irmãs que lhes prestam assistência e que buscam, naquele espaço psiquiátrico, tratamento para o transtorno mental de seus maridos, companheiros, filhos e irmãos. Nesse contexto, as mulheres é que cuidam, acompanham. Dentro do tratamento esperado, a tarefa do cuidar, acompanhar é uma tarefa quase que exclusivamente feminina.

É comum ouvir da equipe de saúde mental que, “se a doente mental entra em crise, a família também adoce”. Daí o tratamento estabelecido no espaço hospitalar ser conjunto, avaliando-se a família e a usuária do serviço de saúde mental. Ademais, muitos familiares expressam ostensivamente o desejo de se livrar da mulher tida como louca,

querendo deixá-la internada no Hospital, aos cuidados do estado. Entretanto, a política de saúde mental impõe o tratamento somente com a presença e acompanhamento da família.

No setor de emergência, faz-se a triagem. Neste momento, colhem-se as histórias das mulheres atendidas pelos(as) médicos(as). Esta triagem consiste no preenchimento de uma ficha hospitalar de atendimento e indicação da doença e possível tratamento, encaminhando-se os casos para os setores adequados à função que lhe compete segundo as demandas ali definidas.

Nos prontuários médicos é sempre indicada uma patologia que se associa a uma determinada conduta percebida pelo médico no momento do exame e que, também, é associada à história colhida através de anamnese¹⁰⁰ feita junto a quem é atendido(a) junto a um familiar/acompanhante. Nota-se que o campo histórico do(a) paciente nem sempre é detalhadamente relatado. Segundo informações colhidas durante a pesquisa, a demanda é maior que a capacidade instalada de atendimento. O HC atende muito mais que a sua capacidade normal de atendimento, sem contar que para os (as) psiquiatras a investigação da vida pregressa da paciente – como relatam - tem importância para diagnosticar a doença.

A pouca importância atribuída à história de vida dessas pessoas pode ensejar um diagnóstico equivocado, mas, principalmente ao apagamento de sua história, o que leva ao esquecimento, convertendo-se, assim, em doente. Ora, não se busca aprofundar, desvelar, entender as raízes e as muitas causas sociais do problema que envolve, em especial, as mulheres. Todavia, identificam-se apenas as características presentes que se amoldam a uma patologia mental. Neste sentido, por exemplo, os motivos que levam as mulheres à loucura podem ter, segundo o discurso médico, origem biológica (déficit ou distúrbio do desenvolvimento mental)¹⁰¹ ou psicológica (depressão, traumas, transtornos de personalidade).

No local da triagem e emergência do Hospital de Clínicas do estado do Pará, quando se ocupam todos os poucos leitos do setor de emergência, que são, aproximadamente, 6 (seis) ou 8 (oito) leitos, homens e mulheres com transtornos mentais ficam em macas e em colchões no chão, à espera de atendimento, de maneira que a

¹⁰⁰ Anamnese (do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória) é uma entrevista realizada por um profissional da área da saúde com um paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. Em outras palavras, é uma entrevista que busca lembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Disponível em <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Anamnese_\(sa%C3%BAde\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Anamnese_(sa%C3%BAde))>. Acesso em: 13/09/2009.

¹⁰¹ Carência na capacidade intelectual ou em atividades mentais superiores de um sujeito. Disponível em <<http://www.definicion.org/deficit-mental>> Acesso em 13/09/2009.

metáfora que se pode resgatar aqui é a da Torre de Babel, onde todos falam línguas diferentes: são médicos nos gabinetes perscrutando a vida dos outros e tentando “descobrir” uma doença; são enfermeiros controlando o fluxo de entrada e saída e contendo os ânimos dos doentes; são familiares oferecendo a medicação indicada pelo médico e auxiliando no deslocamento dos internados/as e, acima de tudo, circulando freneticamente pelo local da emergência, indo e vindo. A cena é de abandono aos sujeitos que ali se encontram já que não possibilita condições básicas, dignas a essas mulheres.

Os familiares tentam se acomodar em meio ao tumulto instalado pela sala cheia de pessoas, com histórias de vida diferentes e demandas específicas, mas que, pelo contexto da doença mental (de algum conhecido ou parente), ficam sempre aguardando uma “solução” que minimize os ânimos exaltados e o sofrimento de quem é diagnosticado como pessoa com transtorno mental.

No ano de 2007, ocorreu uma ampliação da sala de triagem e emergência, melhorando as acomodações dos leitos sendo que o salão de espera para atendimento passou a não ficar tão tumultuado, em nome de uma lógica organizacional dos atendimentos. A conformação do espaço inserida em uma lógica de classificação das pessoas consideradas pacientes e de seu encaminhamento ganha uma visão positiva e denota a perversa forma de atendimento dispensado no HC.

Após a avaliação da triagem, o médico pode indicar 1) ou tratamento ambulatorial e retorno para casa; 2) ou acompanhamento no hospital-dia 3) ou internação na ala psiquiátrica.

O Hospital-Dia é o local de acompanhamento de casos considerados ‘estabilizados’¹⁰², mas que precisam de acompanhamento psicossocial¹⁰³ pela equipe de saúde mental. Nesse espaço se realizam atividades em grupo e atendimentos individualizados, além de reuniões técnicas da equipe de saúde mental. Foi neste local do Setor de Psiquiatria do HC onde permaneci por mais tempo a fim de conversar, entrevistar as mulheres ali atendidas, servidores (psicólogos, enfermeiros e médicos) e familiares.

¹⁰²Chamo aqui de “casos estabilizados” aqueles em que os(as) internos(as) encontram-se sem risco imediato de atentar fisicamente contra si mesmo ou a qualquer outra pessoa, conforme definição psiquiátrica que pressupõe indivíduos controlados por medicação (contenção química) ou amarrados em suas camas (contenção mecânica).

¹⁰³ Acompanhamento psicossocial consiste em atender individualmente o usuário com psicóloga e/ou assistente social, possibilitando uma atenção diferenciada a cada pessoa que esteja em tratamento no Hospital-Dia.

As atendidas freqüentam o local das 8 às 17 horas, passando o repouso noturno em suas residências, que podem ser localizadas nos bairros periféricos ou nas cidades circunvizinhas a Belém. Há atividades em grupo como desenho, recorte e colagem de figuras em cartolinas. Via de regra, as mulheres são as que mais gostam de conversar. Porém, de um modo geral, homens e mulheres atendidas e diagnosticadas com transtorno mental são atenciosos com as pessoas que vão visitá-los. Fazem muitas perguntas. São curiosos. Nas atividades diárias que desenvolvem, expressam seus sentimentos, seus desejos, buscando atingir os sinais de melhora dentro das expectativas médicas em diálogos com suas crenças, opiniões e vontades próprias.

Para os familiares são recomendados pela equipe de saúde mental que acompanhem as mulheres nas atividades desenvolvidas no Hospital Dia; mas nem sempre isso ocorre. O Hospital Dia é um espaço com uma proposta ressocializadora, com mesas grandes, cartazes colados nas paredes, tornando-se um espaço mais agradável. Na maioria dos casos, elas retornam para a casa sob responsabilidade dos familiares e devem comparecer ao Setor de Psiquiatria do HC no dia marcado para realizar atividades e se submeter a avaliação pelo grupo de psicólogos e médicos.

Embora a proposta do Hospital-Dia seja ressocializadora, percebi dificuldades de tratar a usuária do serviço de saúde mental de forma integral, pois ainda persiste uma dimensão hierarquizada e de poder nas relações entre a equipe de saúde mental (que prescreve remédios, que promove a internação e alta, que ouve e orienta) e a usuária (que se submete ao tratamento). Verifiquei também que a atenção se restringe ao local do atendimento, não existindo pontes com outros serviços públicos, como: Defensoria Pública, Delegacia de Polícia; Ministério Público, Instituto Nacional do Seguro Social, entre outros.

Já a internação conta com 48 (quarenta e oito) leitos, divididos em alas feminina e masculina, com 24 leitos cada ala, destinados aos casos considerados pelos médicos como mais graves tais como os casos de psicopatia¹⁰⁴ e comportamento suicida. Nesse local, observei a ocorrência de contenção mecânica (amarração dos pulsos e das pernas à cama), bem como contenção química (aplicação de injetáveis – drogas para estabilização do humor) de mulheres “em crise”, na concepção médica.

O acesso à internação é restrito. A porta é vigiada e trancada por chave que somente os servidores do setor possuem. Só tem acesso quem entra acompanhado por

¹⁰⁴ Psicopatia significa doença relacionada ao comportamento humano, sendo sinônimo os termos sociopatia e transtorno de personalidade anti-social.

uma pessoa da equipe médica. Presenciei algumas situações na internação feminina. A impressão é semelhante a de uma prisão. Segui o corredor até o setor de internação, passando por várias portas trancadas por muitas chaves. Adentrando o local de internação observei várias pessoas indo de um lugar para outro, gesticulando e falando a esmo em um salão comum onde se ouvia gritos e pedidos de socorro das pessoas ali confinadas. Havia um aparelho de televisão ligado, mas poucos prestavam atenção.

Todos, os internos e as internas, vestem uma bata verde composta de avental e calça com elástico, uniformizando-os, ou melhor, despersonalizando-os em nome do transtorno mental que referencia horários para remédios e consultas. E dependendo do comportamento desempenhado na rotina de disciplina, poderá obter de forma mais rápida a alta médica, ou seja, a suspensão das interdições de direitos e retornar ao convívio social, ainda que carregue consigo pelo resto da vida as marcas indelévels do estigma da “desordem mental”, como a equipe médica assevera, isto é, do desarranjo das funções mentais consideradas essenciais, segundo o discurso médico psiquiátrico (orientação, senso-percepção, memória, atenção, inteligência, pensamento, linguagem, afeto, conduta e juízo crítico).

Em dado momento da observação na internação psiquiátrica, fui abordada por uma mulher branca, de meia idade, que, vendo meus lábios maquiados, pediu-me, insistentemente, um batom e um espelho. Depois tocou em meu cabelo e pediu um xampu. Percebi que as mulheres ali internadas foram despojadas de objetos pessoais como: maquiagem, pente ou escova de cabelo, sabonete, xampu. Observei nas camas da ala feminina que não existia travesseiro ou lençol de cama. Indagando algumas psicólogas e assistentes sociais que ali se encontravam sobre a ausência desses itens que considero marcadores simbólicos da feminilidade, fui informada que esses objetos não estavam ali e não são permitidos porque poderiam ser usados pelas mulheres que estavam internadas como instrumentos para se mutilarem, machucarem-se ou brigarem entre si.

As usuárias estabilizadas, conforme o jargão médico, isto é, as que não estão mais em crise, na acepção médica, ficam livres na ala de internação, sendo que, em regra, é uma minoria que fica atada às camas (contidas mecanicamente). Nessa ala existe um espaço comum com televisão e área de lazer para banho de sol. Elas ficam andando nesse salão comunal e são acompanhados por equipes de enfermeiros, psicólogos e médicos que fazem avaliação dos casos clínicos, segundo critérios que levam em conta a capacidade de orientação, senso-percepção, memória, atenção, inteligência, pensamento, linguagem, afeto, conduta e juízo crítico.

Após esta avaliação e constatada resposta à medicação considerada adequada e o retorno da consciência e humor socialmente aceitável, ou seja, verificado o equilíbrio psicoemocional (o que significa não trazer problemas para os outros – já que o critério para se medir o equilíbrio psicoemocional consiste basicamente na observação do desempenho satisfatório das funções mentais – as mulheres com transtorno mental são encaminhadas ao Hospital-Dia ou à família, dependendo do parecer médico).

Prescreve-se pelo médico psiquiatra, em regra, uma medicação de tarja preta – prescrito em receituário azul e registrado e controlado pelo Ministério da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais remédios não podem deixar de ser monitorados. Tive conhecimento que nos anos de 2005 e 2006, os medicamentos estavam em falta no estado e muitos dos que dependiam da medicação ficaram sem assistência. Estes medicamentos, quando comprados, custam caro frente ao poder aquisitivo da maioria das pessoas ali atendidas, e, portanto, sua aquisição depende do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Chauí (1990), a sociedade moderna, estruturada burocraticamente através dos parâmetros da organicidade e da funcionalidade, aponta quais as profissões e setores produtivos mais convenientes para a manutenção do modelo de sociedade que se estabeleceu após a Revolução Industrial. Nesses termos, a especialização em determinadas atividades cria uma espécie de corpus intelectual que tem como prerrogativa avaliar, arbitrar e julgar acerca de determinados assuntos ligados a áreas ou campos específicos do saber. Logo, surge uma classe especializada de profissionais cujo discurso é valorizado a tal ponto que aparecem como sendo os únicos competentes a disporem sobre determinados assuntos, já que são os únicos legitimados a tratarem da questão junto aos usuários(as) e dando-lhes ampla autonomia para intervir sem se levar em conta a vontade dos(as) usuários(as) do serviço.

Assim é que, de certa forma, no setor psiquiátrico do HC as pessoas são tratadas de forma genérica, visualizando-se os binômios saúde/doença e normalidade/anormalidade por meio de nítidos marcadores simbólicos, como o uniforme verde que vestem as mulheres com transtorno mental e a roupa branca da equipe técnica.

As mulheres com as quais conversei e os próprios casos de que tive notícia remetem a essa situação de indistinção que remete à indiferença e ao descaso, na medida em que não se viam as mulheres diagnosticadas com transtorno mental como pessoas individualmente, mas como pacientes de um tratamento de saúde mental.

Na internação, relatei no caderno de campo que:

Na internação psiquiátrica acompanhei um dia de Alice, com traços indígenas, 22 anos, que veio de um município do interior e estava abrigada na ala feminina há dois meses. Na verdade, Alice foi quem me acompanhou na visita que realizei em 10.04.07. Fez-me perguntas sobre o que eu estava fazendo lá. Ela disse que eu não era médica. Ela vestia um uniforme verde, com calça de elástico e camisa, assim como todos os internos; enquanto que os profissionais usavam jaleco branco, podendo-se fazer nítida diferenciação entre quem era tratado e quem exercia o tratamento. Para a equipe de saúde, Alice era mais uma paciente que estava internada por algum motivo¹⁰⁵.

Percebi a desatenção com o caso de Alice por parte da equipe de saúde.

Ela (Alice) me mostrou onde dormia. Na cama não havia lençol nem travesseiro. Era um colchão revestido de uma espécie de lona bem resistente. Disse que no local existia muito carapanã (pernilongo), que zunia e picava durante à noite, incomodando-a. O local da internação é constituído de um salão comum, amplo, com grades feitas de concreto, sendo possível ver quem está passando pelo corredor interno do hospital, e duas alas dormitórios, sendo que não há portas nos dormitórios e as janelas são abertas, possibilitando a circulação de animais peçonhentos. Havia realmente uma infestação de carapanã no local, especialmente no fim da tarde e pela manhã cedo. A equipe técnica informou que tinha conhecimento desse problema e que estava sendo providenciada a dedetização da área.¹⁰⁶

O primeiro descaso que percebi com todas as pessoas que se encontravam ali internados foi o fato de não existir lençol, travesseiro, e o local ser infestado por carapanã. Essa situação incomodava a todos, mas estava de certa forma naturalizada naquela rotina hospitalar a qual eram submetidas.

A justificativa apresentada pelos profissionais do setor para inexistência de lençol e travesseiro é a segurança dos internos, pois poderiam utilizá-los como instrumentos para enforcamentos e sufocamentos. Ou seja, era necessário puni-los mais uma vez.

Ainda sobre a Alice:

Alice ficou ao meu lado por algumas horas, enquanto eu observava o atendimento de outras mulheres e do local. Ela de vez em quando pegava em meu cabelo e na minha roupa e dizia que queria ficar lá fora, com roupas diferentes como as que eu usava. Ela não sabia o porquê de estar internada. Disse que não fez nada, mas as pessoas se aborreciam com ela. Relatou-me ainda que dorme com medo, pois brigou com outra paciente e teme que ela lhe mate. Também disse que um rapaz da internação tinha se escondido e tentado lhe agarrar no banheiro, mas que conseguira correr dele e chamar a enfermeira. Ela disse que às vezes fica sozinha no banheiro. Que já viu gente namorando lá dentro. O que ela me contou também foi ouvi pela equipe de saúde, embora afirmem que monitoram as pacientes a fim de que nada aconteça que possa atingir sua integridade física. Ainda disseram que Alice briga por qualquer motivo com as colegas de quarto. Que demanda muita atenção da equipe, pois não quer ficar sozinha.

¹⁰⁵ Relato transcrito do caderno de campo, visita de 10.04.07 ao setor da internação feminina.

¹⁰⁶ Idem.

A atitude de Alice denota que ela quer ter de volta sua liberdade de ir e vir, podendo escolher sua roupa, passear, enfim, viver. E tudo isso lhe foi retirado em razão de sua conduta por não se adequar ao comportamento esperado, ao ser vista como um desviante, como um perigo social.

Observo também que a internação não é um lugar de sossego e tranquilidade para as internas como se imaginaria a princípio. Outras relações se constroem naquele espaço de internação, inclusive, com animosidades e até violência entre as internas e, talvez, entre as internas e a equipe de saúde mental. Há uma luta pela sobrevivência naquele espaço tão adverso em todos os sentidos.

E continuando:

Nesse mesmo dia, observei uma senhora idosa (que chamarei de Francisca) que estava sentada no salão, contida fisicamente com ataduras pelos braços. Ela me chamou e pediu que tirasse as amarras, pois queria deitar-se na cama. A enfermeira me explicou que não poderia fazer o que ela pedia, pois estava com escaras (feridas) nas costas de tanto ficar deitada e precisava permanecer sentada por algumas horas do dia. Como Francisca não foi atendida no seu pleito começou a xingar todo mundo que passava perto, cuspidando e gritando que queria se deitar. Outras mulheres também circulavam no salão comum; algumas ficavam sentadas em bancos que estavam disponíveis no salão, outras procuravam chamar a atenção de algum membro da equipe. E Alice continuava ao meu lado. Ela queria saber o que eu escrevia. Com isso, falei da pesquisa que estava fazendo¹⁰⁷.

O cuidado atinente à pessoa diagnosticada com algum tipo de transtorno mental impõe um ócio forçado, medicamentos controlados, uma exclusão da convivência familiar e social, imposição de regras como proibição de relacionamentos entre internos e internas; embora isso possa ocorrer eventualmente e de forma velada. Há uma banalização das necessidades e demandas das mulheres ali internadas, pois ficam a mercê de um tratamento que lhes aprisiona e interrompe a sua vida social.

Com relação à senhora Francisca que manifestava imensa insatisfação e incômodo com a situação de se encontrar sentada, mas a equipe mantinha a contenção física (amarras), interessante é observar que, se ela ficar com escaras (feridas) a família vai reclamar dizendo que a equipe não cuida bem dela. Porém, se a equipe cuida para que as feridas cicatrizem, a Francisca se sente ofendida e molestada. Em ambos os casos, ela é desconsiderada. O que nega, de fato, é um atendimento mais humanizado à mulher internada.

¹⁰⁷ Idem.

Ressalto outra situação – esta no momento da refeição no setor da internação. As mulheres que se encontram contidas se recusam a se alimentar e começa uma negociação com a equipe de saúde mental visando desamarrá-las e ministrar as refeições satisfatoriamente. A sua alimentação é composta por três refeições: café da manhã, almoço e jantar.

Nesse dia, acompanhei o almoço das internas. Em alguns casos, elas se dirigiam espontaneamente até o alimento, servido em pratos descartáveis (quentinhas). Porém, as que estavam contidas eram desamarradas para se alimentar. As que mantivessem uma conduta agressiva na visão da equipe, eram contidas novamente e tinham ajuda de técnicos para se alimentar, sendo que estes levavam o alimento até a boca. Após a refeição, as internas recebem remédios de acordo com a prescrição médica indicada¹⁰⁸.

Após a refeição são distribuídos os medicamentos a cada interna e muitas passam a repousar em função da ação medicamentosa. Outras permanecem no salão, assistindo à televisão ou sentadas nos bancos do salão.

No horário vespertino, muitas descansam sob efeito da medicação. Outros ficam percorrendo os corredores e o salão comum. Às vezes assistem ao programa da televisão que fica posicionada no salão comum. O volume da televisão ligada chega a incomodar algumas mulheres, inclusive, a mim, após várias horas ali. A situação gera polêmica porque algumas pessoas ficam assistindo a programação da televisão e outros reclamam do barulho. Na internação, além do salão comum e dos dormitórios existem as salas de atendimento médico, psicológico, uma sala para técnicos, uma área livre onde é possível pegar banho de sol. As salas dos médicos, psicólogos possui ar condicionado e fica destinada para os atendimentos rotineiros. Não pude acompanhar o atendimento médico, mas acompanhei atividades e conversas com psicólogas que conversavam no salão comum com algumas delas. Cada mulher em situação de internação possui um médico e psicólogo responsável pelo seu acompanhamento. E tudo fica registrado em prontuários. A equipe se reúne diariamente para avaliar casos das internas e verificar sua manutenção na internação ou possibilidade de alta médica e encaminhamento a outros setores como hospital-dia ou à família. Às reuniões da equipe ocorrem pela manhã, às 07 horas, ou pela tarde, às 14 horas, geralmente no início do turno da equipe. À noite, fica uma equipe de plantão, mas efetivamente, ficam os técnicos de enfermagem na ala de internação¹⁰⁹.

O HC representa um local de interdição, de afastamento e de segregação, onde cada um tem papéis definidos. Isto fica evidente a partir do momento em que cada sujeito que se encontra naquele contexto apresenta uma função profissional ou desempenha uma atividade ou papel social vinculado precisamente às categorias de pacientes ou profissionais de saúde. Para o médico psiquiatra interessa o remédio que tratará a doença,

¹⁰⁸ Ibidem.

¹⁰⁹ Ibidem.

não importando se para tanto haverá a necessidade de contenção física ou mecânica. Em outras palavras, na visão do médico o que importa é a doença e seus sintomas, e não a pessoa atendida.

Ora, tratar somente de um aspecto da “doença mental”, digo, seus sintomas visíveis, não possibilita uma recuperação da dignidade da pessoa, até porque o que se chama de transtorno mental pode e deve ser compreendido como uma construção histórica e social que estigmatiza práticas e comportamentos considerados pouco convencionais ou mesmo desviantes, anormais. Portanto, a expressão da doença remete a algo muito mais amplo, visto que o comprometimento das funções mentais pode também ser caracterizado não apenas em si mesmo, mas também pela inadequação dos indivíduos a um contexto social marcado por profundas desigualdades sociais.

Nesses termos, os familiares são pessoas que se responsabilizam por acompanhar a mulher com transtorno mental. Embora, se procurem definir os meandros da relação hospitalar e familiar que ocasionam visões de mundo próprias e são percebidos na fala dos envolvidos, os médicos representam a autoridade e os prontuários são o atestado deste saber-poder que se traduz numa tecnologia do controle (FOUCAULT. 1999).

Para registro e controle os prontuários médicos são, na verdade, muito além de um simples registro da situação clínica da mulher atendida pelo sistema de saúde mental, chamado pela junta de profissionais que atendem no HC de usuária. Tais prontuários são, portanto, uma paráfrase do controle e da vigilância, já que, na opinião de Mattos (2006) que desenvolveu estudo acerca das pessoas com transtornos mentais submetidas a medidas de segurança em manicômios judiciais em Barbacena-MG, desde o século XIX aos dias atuais, o que se chama de loucura é muito “... mais uma questão de ordem pública do que propriamente de medicina.” (2006, p. 58). Ora, no prontuário médico ficam registradas as histórias contadas pelas mulheres e pelo seu familiar, bem como parecer médico com a indicação da doença associada aos sintomas relatados e a indicação terapêutica (o tratamento) na dosagem específica para cada pessoa.

Portanto, abordar questões mediante as representações que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos) tem das usuárias só fará sentido se as mulheres diagnosticadas com transtornos mentais e seus familiares tiverem direito à voz e à escuta, que se considerem os relatos individuais de cada um. Ora, desconstruir mitos e desnaturalizar crenças arraigadas no mundo das clínicas de tratamento de pessoas com transtorno mental – à luz da Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001) – e

das normas internacionais de proteção da pessoa diagnosticada com transtorno psiquiátrico não é tarefa fácil.

Para se levar adiante, portanto, esta proposta de desconstrução de preconceitos e estereótipos socialmente arraigados é fundamental desenvolver um trabalho maior de compreensão das necessidades e demandas das mulheres com sofrimento mental que se encontram em tratamento de saúde. Porém, a tarefa se torna ainda mais complexa quando o que está em jogo é a violação de direitos humanos das mulheres que sofreram ou sofrem abuso e violência (de gênero, familiar, sexual, patrimonial, entre outras).

Assim é que a cartilha *Em debate: o atendimento à mulher* (2008) aponta que a discussão da qualidade do atendimento perpassa por uma violência institucional na qual os agentes das instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, delegacias de polícia e judiciário, que deveriam acolher as mulheres vítimas de violência, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e, também, reparadora de danos, acabam por promover na maioria dos casos um atendimento impessoal e, portanto, frio, negligenciando as motivações e fomentando as discriminações de classe, raça/etnia, idade, orientação sexual, gênero, religião e doença mental existentes (PIMENTEL et alli, 2008).

O que se percebe nos cotidianos dos atendimentos à população é que agentes públicos como médicos, enfermeiros, professores, juízes, promotores de justiça, delegados, por exemplo, cometem atitudes, já naturalizadas, inclusive, de violência, tais como¹¹⁰:

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- Falta de escuta e privacidade para os usuários;
- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência;
- Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;
- Desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico;
- Tortura e violência física;
- Banalização das necessidades e direitos dos usuários;
- Críticas ou agressões a quem expressa desespero, diante da ausência de serviços que atenda as suas necessidades, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa e fornecer informações necessárias;
- Violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos

¹¹⁰MARTINEZ, Simone Duran Toledo. Violência Institucional: violação de direitos humanos das mulheres. Disponível em <http://www.recriaprudente.org.br/abre_artigo.asp?c=16>, Acesso em 09.09.09.

acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas [HIV], quando estão grávidas ou desejam engravidar.

De acordo com Simone Duran Toledo Martinez, pode-se afirmar que “violência não se reduz àquela praticada por criminosos contra cidadãos honestos”. A discriminação de raça e gênero já se configura num ato de violência e de violação de direitos humanos.

Com efeito:

O reflexo mais direto da violência institucional é o aumento da vulnerabilidade de quem sofre. A vulnerabilidade é um conceito que necessita de estudos aprofundados. Mas existe um consenso entre vários autores: A vulnerabilidade diminui a capacidade de respostas das pessoas aos vários riscos (sociais, ambientais, físicos, etc.) que afetam as condições de bem-estar, ou seja, a felicidade. E a felicidade é o maior bem da humanidade. A vulnerabilidade provoca a imobilidade social. A pessoa não se encontra à disposição da vida, da criação, da inventividade, mas está a serviço de tentar sobreviver do ponto de vista subjetivo/objetivo (MARTINEZ, 2009, p. 3).

A mesma autora ressalta os possíveis danos decorrentes dessa violência, utilizando como referência os estudos acerca da humilhação social (construído por Moura Gonçalves Filho) e do sofrimento ético-político (construído por Bader Sawaia):

A humilhação social corresponde “a um estado doloroso de angústia”, derivado da exposição da pessoa excluída a mensagens confirmatórias da sua inferioridade social. São palavras ou circunstâncias públicas que lhe parecem como lembrete, que ele não habita o mundo que é seu, ele habita o mundo que lhe está emprestado. O conceito de sofrimento ético-político tenta dar conta desta experiência que é resultante dos chamados processos de exclusão social. Traduz o que Bader Sawaia chama de “inclusão perversa”, uma forma de inclusão que prevê um lugar insuportável, insustentável do ponto de vista objetivo e subjetivo, como por exemplo: todo o mundo sabe que ser mau tratado não é fácil (MARTINEZ, 2009, p. 3).

E mais, o atendimento inadequado pode acarretar a suspensão de direitos básicos, fundamentais para a construção da subjetividade da mulher por não se levar em conta sua forma de pensar e conceber o mundo. Neste sentido, a busca de um atendimento de qualidade e humanizado às mulheres deve ser incorporado aos processos de acolhimento hospitalar sob a ótica da construção de relações de gênero pautadas em modelos, padrões de conduta e comportamentos estabelecidos na sociedade de forma mais simétrica e, portanto, igualitária (entre homens e mulheres). Com efeito, um atendimento que leve em

conta a dimensão atuante dos sujeitos somente será possível num processo relacional baseado na ótica de gênero. (PIMENTEL et al, 2008).

Scott (1989) chama a atenção que as representações sociais que envolvem homens e mulheres, a partir de uma hierarquia na estrutura de poder, historicamente construída estabelecem parâmetros desiguais de relações sociais entre os gêneros.

Nesses termos, o atendimento inadequado a mulheres diagnosticadas com transtorno mental não pode ser visto como o mais adequado à condição de gênero, pois não contribui para atender a demandas específicas, seja sob a ótica da saúde ou do direito, em que pese a defesa dos princípios fundamentais da justiça e da necessidade de proteção da pessoa mediante o reconhecimento moral e jurídico de sua dignidade.

O desrespeito à dignidade das mulheres que enfrentam o tratamento de saúde mental inicia desde quando ingressam na instituição hospitalar, pois sua vida e visão de mundo (angústias, conflitos, perdas) são colocados em um segundo plano de atenções, sobressaindo-se as características e tendências à periculosidade social e desordem mental definidoras de patologias catalogadas que passam a ser objeto de intervenção médica. São exemplos dessa prática, as informações trazidas pelos próprios médicos quando relatam os atendimentos, e também as observações e dados obtidos nos casos relatados na pesquisa de campo.

Ou seja, a mulher é invisibilizada e dá-se ênfase à doença mental que se apresenta. É com base na resposta ao tratamento psiquiátrico que sua liberdade pode lhe ser devolvida. Assim, a aceitação de que é doente é o primeiro passo que a instituição lhe impõe. O segundo passo é aceitar a medicação como tratamento. O terceiro é sujeitar-se a consultas periódicas e avaliações médica e psicológicas contínuas. Isso significa que tudo que fizer de bom ou ruim no período de tratamento psiquiátrico é relatado e avaliado pelos profissionais, sendo decisivo para a decisão médica sobre alta ou manutenção do seu tratamento. Em outras palavras, a instituição lhe retira, passo a passo, toda a sua autonomia e individualidade, passando a enquadrá-las a modelos de conduta impostos institucionalmente, sob pena de ser encaminhada à internação e/ou de ser contida física ou quimicamente.

Muito além da autonomia, a instituição hospitalar homogeniza-as, desconsiderando suas especificidades e demandas específicas, tais como a vulnerabilidade a crimes de violência sexual, dentro e fora do espaço de tratamento psiquiátrico. Nesse aspecto, a mulher merece atenção diferenciada, como os homens, no atendimento de saúde, com intuito de identificar e encaminhar casos de violação de

direitos às autoridades públicas, deixando de ser conivente e dependente da decisão familiar, que muitas vezes encobrem ou minimizam os crimes a que são vitimizadas. Logo, ela é punida em vez de ser protegida.

Joana, por exemplo, foi abusada sexualmente e o agressor permaneceu em sua casa e ela foi internada para tratamento psiquiátrico e depois descartada da convivência familiar para residir em um local afastado. Pode-se dizer que foi punida duas vezes: uma por causa da internação a que foi submetida e outra porque foi afastada da família. O que vai além dos muros do HC, abalando-a ainda mais, pois as desigualdades percebidas atingem as relações familiares e afetivas das mulheres com transtorno mental. Não raro, no início do tratamento psiquiátrico são abandonadas pelos maridos/companheiros, enquanto que, na situação inversa (marido/companheiro com transtorno mental) a maioria das mulheres não o abandona. À mulher é uma imposição social a responsabilidade pelo cuidado do outro (seja marido, companheiro, filho, pai e mãe), o que denota que a dominação masculina está presente nessas relações.

É o caso de Ana e Márcia, mas também presente na situação de Rosa, Maria José e tantas outras que possuem o apoio familiar de outra mulher, pois o marido/companheiro a abandonou e/ou não se envolve com os problemas de saúde da mulher.

A perda da guarda dos filhos ou do próprio poder familiar, a gravidez indesejada, e até casos de esterilização de mulheres são demandas que atingem diretamente essas mulheres, como se verifica no caso de Amanda e Roberta. Neste sentido, é importante ressaltar que o sofrimento mental é uma questão que precisa ser mais bem compreendida, fundamentalmente a partir de uma perspectiva crítica e que, portanto, não reproduza os mecanismos de exclusão médica e jurídica. Assim, a análise depreendida conduz a reflexão para o campo dos direitos humanos das mulheres quando se refere a demandas sociais de grupos específicos.

CAPÍTULO IV – VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES, INIQUIDADES NO ÂMBITO JURÍDICO E PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

4.1 RELATOS DAS SITUAÇÕES DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DAS MULHERES

Nesse capítulo passo a relatar mais detidamente conversas que tive com Marta, Miriam e Maria José durante as visitas ao hospital-dia e expor o caso de Maria e Mariana, visando com isso analisar como essas mulheres demandam direitos e de que modo, portanto, seus pontos de vista não são levados em consideração pelo sistema normativo vigente. Neste sentido:

Ao conversar com Marta, em março de 2008, ela se encontrava no Hospital Dia. Naquele período, ela tinha 20 (vinte) anos de idade e residia na capital paraense. Não fui eu quem a procurei, mas sim o contrário. Marta queria me contar sua história, pois tinha interesse em saber “se possuía direitos” e se poderia ingressar com uma ação judicial. A mãe de Marta, porém, queria saber sobre a pensão alimentícia e a guarda da neta. Então, sentamos numa mesa mais reservada, e pedi que me contasse o que havia acontecido. Ela disse que: “era uma pessoa ‘normal’, estudava e namorava um rapaz, um assistente de mecânico, de quem engravidou e teve uma menina (que nasceu em 2006). Ela contou que, por isso, apresentou depressão pós-parto e foi internada a primeira vez no Hospital de Clínicas, ficando alguns meses; porém, quando melhorou, voltou para casa”¹¹¹.

Ressalte-se que Marta engravidou e teve uma depressão pós-parto. Ela contou que melhorou e que voltou a morar em casa, embora compareça diariamente ao hospital-dia para acompanhamento e atividades ali desenvolvidas.

Perguntei quem ficava com a filha, enquanto esteve internada. Ela respondeu que “quem cuidava da [menina] era a mãe”, pois “ainda morava com os pais”. Quando conversamos, a filha de Marta tinha 1 (um) ano e 3 (três) meses. Perguntei se o pai da criança ajudava a criá-la e, aí, foi a mãe de Marta, que a acompanhava, quem relatou: “O pai da filha de Marta registrou a criança; mas não paga pensão alimentícia”. Era por isso que a mãe Marta era contra o relacionamento da filha com o rapaz. Declarava que “o namorado apenas “brinca” com minha filha, que é doente, e não quer, de fato, nada sério com ela”. Nesse momento, porém, Marta o defendeu. Disse que gostava dele e que era correspondida.¹¹²

¹¹¹ Trecho do caderno de campo.

¹¹² Idem.

Já a mãe de Marta considera que a filha ainda está doente. Ela “ingressou com uma ação de guarda da neta” (que, até aquele momento, ainda não havia sido julgada). Marta reclama dessa situação e declarou que os “pais estavam tentando tirar a filha dela”. Neste momento, ela começou a chorar.

Para Marta, a ação judicial da guarda da criança surtiu o mesmo efeito de uma subtração, causando nela, em minha interpretação, uma sensação de impotência e de usurpação da função materna.

Em um primeiro momento, Marta e a sua mãe externalizam os conflitos existentes entre elas pela guarda da filha de Marta. Se por um lado, a família apóia o tratamento de Marta; por outro lado, querem ficar com a criança.

Esses conflitos entre Marta e seus genitores no âmbito doméstico e familiar por causa da doença e da ação de guarda da criança gera grande sofrimento, e a condução jurídica da situação para os profissionais do direito levaria realmente a ação de guarda da criança, muito embora se constitua de certa forma numa violência moral e psicológica em detrimento de Marta, visando salvaguardar os interesses da criança. Pergunto-me, no entanto, até que ponto essa situação pode agravar o estado de saúde mental e destituí-la de direitos, como a de conviver e participar da criação da filha.

Outra opção jurídica mais agressiva para condução da situação seria a interdição de Marta com efetiva retirada do exercício autônomo de seus direitos. Mas até que ponto essas ações judiciais realmente cumprem o seu mister de proteger, de tutelar?

Marta sente-se com seus direitos violados. Que direitos seriam esses? Acredito que existem princípios além do ordenamento jurídico posto, que são fundamentais para garantia da dignidade humana, como preconizado pelos tratados internacionais de proteção da mulher.

O risco iminente de destituição de direitos, no caso de Marta, é mais sutil e está relacionada com a forma como é desconsiderada no processo de perda da guarda de sua filha, tendo maior relevância a doença mental que possui como fator decisivo da ação judicial.

Não se pugna que a guarda da criança deva necessariamente ficar com Marta por ser esta genitora biológica da criança, pois não se pode olvidar que o interesse da infante é prioridade absoluta pela norma fundamental do país (artigo 227 da Constituição Federal de 1988), mas se repensar que a ação judicial de perda da guarda da filha pode agravar o estado psicológico, e por conseqüência, a saúde mental de Marta.

A mãe de Marta, na condição de acompanhante, e a assistente social e a psicóloga da equipe disseram-me que ela se torna agressiva quando contrariada, chora e reclama que não é compreendida pelos pais. Segundo a equipe técnica, Marta ora rejeita, ora quer assumir a responsabilidade com a filha. Na visão familiar e, também, na visão dos técnicos, Marta possivelmente não teria condições de criar a filha.

Perguntei-lhe, então, qual o motivo de se encontrar em tratamento. Ela (Marta) disse que o motivo da “crise” foi assédio moral e sexual de seu chefe: “(...) ele fez uma brincadeira, que deu a entender que queria sair com ela. Daí ele começou a pressioná-la, e ela começou a ficar nervosa, preocupada. Ele a demitiu alegando que não atingiu a meta do mês na função de telefonista (assistente de telemarketing)”. (...) “que trabalhou 45 (quarenta e cinco) dias (...), mas o período de experiência era de 3 (três) meses”. Ela disse que “queria trabalhar, mas não com aquele chefe que lhe pressionava. Sentia-se feliz no começo, mas depois ficou muito nervosa” e quando soube que foi demitida, entrou em “crise”.¹¹³

Essa violação de direitos a que Marta se refere é mais sutil, está relacionada com a forma como é desconsiderada no processo de perda da guarda de sua filha, tendo maior relevância o diagnóstico da doença mental que possui como fator decisivo da ação judicial.

Não se pugna que a guarda da criança deva necessariamente ficar com Marta por ser esta genitora biológica da criança, pois não se pode olvidar que o interesse da infante é prioridade absoluta pela norma fundamental do país (artigo 227 da Constituição Federal), mas se repensar que a ação judicial de perda da guarda da filha pode agravar o estado psicológico, e por conseqüência, a saúde mental de Marta.

A mãe de Marta, na condição de acompanhante, e a assistente social e a psicóloga da equipe disseram-me que ela se torna agressiva quando contrariada, chora e reclama que não é compreendida pelos pais. Segundo a equipe técnica, Marta ora rejeita, ora quer assumir a responsabilidade com a filha. Na visão familiar e, também, na visão dos técnicos, Marta possivelmente não teria condições de criar a filha.

Em referência ao que foi relatado acima, identifico que Marta está sendo duplamente punida: 1) porque foi assediada sexualmente no ambiente de trabalho, o que motivou a demissão; 2) porque possui um diagnóstico de transtorno mental, o que moveu seus pais a ingressarem com pedido judicial de guarda da neta. Estes eram, portanto, situações que atormentavam a vida de Marta, que é desconsiderada ou silenciada pelos

¹¹³ Trecho do caderno de campo.

que estão ao seu redor. O agravante disso tudo é que ela é completamente ignorada em seus anseios, desejos e expectativas.

A equipe de saúde mental tinha conhecimento das situações que ela vivenciava, mas não interferiu de modo efetivo até porque existe uma limitação das áreas de competência, inexistindo no quadro técnico um profissional da área jurídica; sem contar que, em certas circunstâncias, problemas jurídicos interferem no emocional e, também, na doença.

A versão dada por Marta para seus sofrimentos mentais no âmbito médico e seus sintomas foi caracterizada como doença mental. Por outro lado, na seara jurídica, certamente, esse diagnóstico médico irá influenciar na decisão judicial sobre a guarda da filha, uma vez que o laudo médico atestando a doença mental e descrevendo a instabilidade emocional que lhe atribuem, beneficiará os requerentes.

Com relação ao crime de assédio moral no trabalho, a versão de Marta, se não for corroborada por outras provas, dificilmente será suficiente para uma condenação. Nesse sentido, Giordani (2003) observa que:

[...] No que se refere ao assédio sexual, crime considerado de menor gravidade se comparado com o estupro e ao AVP, o silêncio das vítimas está associado às dificuldades de provar legalmente tal prática e apresentar provas concretas contra o assediador, de modo a poder acusá-lo e condená-lo. Mesmo o assédio sexual sendo reconhecidamente uma violência contra a mulher, denunciá-lo envolve exposição da vítima e do ofensor, além de nesta situação prevalecerem comportamentos sutis, geralmente desenvolvidos a portas fechadas, com sussurros, olhares mal intencionados e ameaças veladas (GIORDANI. 2003, p. 279)

Nesses termos, as informações colhidas em campo auxiliaram-me a realizar minhas ponderações e, ainda, contribuíram para constatar que as mulheres diagnosticadas com transtorno mental, que, de algum modo, sofreram ou sofrem violência despontam como pessoas alijadas, ainda que temporariamente, de seus direitos mais fundamentais, tais como a capacidade de praticar atos na vida civil, de decidir livremente o que é melhor para sua saúde ou de responder por seus atos na esfera criminal.

Ademais, retiram-lhes a credibilidade, a dignidade, a palavra e a voz, reduzindo-as ao desamparo total, pois, dependendo do parecer médico, a quem o Estado atribuiu a incumbência para avaliar o desenvolvimento de sua “doença” e “medicação”, como condição para retornar ao convívio familiar e social, estas mulheres têm suas vidas completamente interrompidas.

Outro exemplo é Maria, com 20 (vinte) anos de idade, que se encontrava na internação psiquiátrica. Ela veio, segundo relatou a assistente social, do interior do estado do Pará. Quando, por ocasião da pesquisa de campo, soube de seu caso, fui até o seu setor para tentar me aproximar e conversar. Mas ela não se comunicava como eu esperava que fosse.

Porém, segundo relatou a servidora do setor, ela “era arredia, desconfiada e quase não falava. Quando algum homem se aproximava dela ficava agressiva, jogava coisas, gritava, ficava violenta”.

Maria era negra, cabelo preto, estatura mediana. Sua família possuía, de acordo com a minha informante naquele caso, uma condição econômica precária no interior do Município de Maracanã. Àquela época, Maria andava pelo setor de internação, mas não se aproximava de ninguém. Soube alguns detalhes de sua vida por meio da médica e da assistente social. Os familiares são do interior e acompanham eventualmente o seu tratamento.

Servidoras do Hospital de Clínicas que entraram em contato com os familiares relataram que:

Maria era uma moça normal e foi para uma festa no interior e só apareceu, no dia seguinte, na pista, estuprada, sendo visíveis os sinais de violência. (...) Levada para casa, Maria mudou completamente: não falava, era agressiva, estava desorientada. Não se recuperou do trauma da violência, não ‘voltou à consciência’”. Disseram, ainda, que pessoas do local acreditam ter visto alguém parecido com Maria entrar num carro com mais alguns rapazes de madrugada, mas não souberam descrever o carro, os rapazes, se ela estava ou foi drogada, ou seja, não souberam relatar o que realmente aconteceu¹¹⁴.

Não houve sequer registro policial ou instauração de inquérito policial para apuração dos fatos. Ela simplesmente foi trazida para o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém, e, naquele momento, estava internada sem previsão de alta. O profissional de saúde que faz o acompanhamento do caso disse que “Maria não aceita que nenhum homem se aproxime”.

Jefferson Drezetti, médico e coordenador de atendimento a mulheres que sofreram abuso sexual em São Paulo, chama a atenção para “mulheres que sofreram abuso sexual e por conta disso adquiriram doenças mentais também se encontram nesse contexto de exclusão e vitimização” (DREZZETI, 2000). É o caso de *Maria*. Ao que tudo indica, o sofrimento mental é consequência direta do trauma ocasionado pelo estupro. Giordani

¹¹⁴ Trecho do caderno de campo.

(2003) escreve que “[e]m relação aos distúrbios da sexualidade, Dupre et al. (1993) corroboram que estes são freqüentes nas vítimas e mencionam que muitas mulheres tendem a[desenvolver] completa aversão [aos] homens.”

Neste caso, Maria não se expressa verbalmente, mas sua história é contada através das marcas da violência.

A Organização Mundial da Saúde define violência como “o uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaças ou de atos, contra si próprio(a), outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento ou privação” e, especificamente, violência contra a mulher como “ qualquer ato de violência com base no gênero que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher”.

Assim, a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher entende por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

No artigo 2º dessa Convenção, mais conhecida como Carta de Belém do Pará (1995), tem-se que:

Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

1. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
2. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
3. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

De acordo com Andrade et al, a violência tem sido identificada como um fator de risco para vários agravos à saúde da mulher. A maior parte dos atos de violência contra a mulher resulta em problemas físicos, sociais e psicológicos, não necessariamente causando lesões, incapacitação ou morte, e suas conseqüências podem ser imediatas ou latentes, manifestando-se tardiamente ou estendendo-se por muito tempo depois de a violência ter cessado. Quanto mais grave a forma de violência sofrida e mais longa a sua

duração, maior impacto terá na saúde física e mental, e a exposição a múltiplos tipos de violência parece ter um efeito deletério cumulativo.

E continuam as psiquiatras da USP, informando que:

Depressão e transtorno de estresse pós-traumático, e seu vasto perfil de comorbidades, são as seqüelas de violência contra a mulher mais freqüentemente relatadas. Transtornos de ansiedade, especialmente fóbico-ansiosos, transtornos alimentares e abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas também têm sido mais observados entre mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, assim como disfunções sexuais (dispareunia, vaginismo e transtornos do desejo e da excitação sexual) e doenças físicas com forte componente psicossomático (como síndrome do intestino irritável, fibromialgia e dor crônica). Maiores taxas de suicídio e comportamentos autolesivos também têm sido mais identificados entre mulheres com história de violência. Agravos à saúde reprodutiva, como infertilidade, gravidez indesejada, HIV/Aids, associados à violência contra a mulher, têm se mostrado importantes fatores de risco para transtornos mentais, uso excessivo de serviços de saúde, baixa qualidade de vida, limitado desenvolvimento pessoal e profissional e dificuldade de estabelecer relacionamentos interpessoais e afetivos.¹¹⁵

A segregação social porque passa Maria – internada e longe do convívio social e familiar – é mais uma forma de violência que sofre cotidianamente. Ora, existem inúmeros tipos de violência por que passa Maria, quer por ser mulher e negra, quer, ainda, por ser do interior e de baixa renda. Some a isto o fato de ter sido violentada sexualmente, crime que resultou sem qualquer apuração criminal. Tudo isso prova que tais fatores de discriminação de gênero, classe, cor, levam a um descaso pelas situações de violência cometidas contra a mulher, reforçando-se, pois, a impunidade.

Nota-se que a mulher em situação de violência possui, na maioria dos casos, a “identidade socialmente apagada” (CONRADO, 2005. p. 55) e, agravada, aqui, com a total suspensão de liberdade já comprometida antes. Tal situação merece maior investigação, principalmente, quando a mulher adquiriu traumas psíquicos, comprometendo sua saúde mental em razão da violência sexual em conjunto com outras sérias de violações, como o descaso pela situação por não haver investigação criminal.

Não resta dúvida de que se trata de violento crime sexual com indícios de que ocorreu fora do âmbito doméstico e familiar, motivo pelo qual o processamento deveria se pautar pelos ditames do Código Penal e de Processo Penal brasileiros, sem aplicação da Lei Maria da Penha. Faço essa ressalva para deixar claro que a Lei 11.340/2006 não criou tipos penais, ou seja, novos crimes, apenas deu nova interpretação, dando ênfase e

¹¹⁵ Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2>, acesso em 21.09.2009.

maior proteção a determinados crimes que ocorrem dentro das relações familiares, domésticas ou de convivência afetiva.

Não resta dúvida de que o caso de Marta, assim como o caso de Maria são casos emblemáticos da situação de violação de direitos a que mulheres com transtorno mental estão sujeitas, haja vista o rompimento de uma série de expectativas obliteradas por um tipo de comportamento classificado como desviante ou, até mesmo, anormal, pelos profissionais da saúde e do direito.

Em Individualismo e Cultura – Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea, Gilberto Velho (2002) afirma que, em sociedades urbanizadas e complexas, tal qual a sociedade capitalista moderna, é bastante comum a existência de sistemas ou estratégias de acusações, os quais, por sua vez, estruturam-se a partir de uma lógica mais ou menos consciente de manipulação de poderes, no tocante à organização de emoções e delimitação de fronteiras e sanções. Desta feita, Velho (2002) destaca, por exemplo, que:

Na sociedade complexa moderna a categoria de *doente mental* tem sido das mais acionadas enquanto categoria de acusação, legitimando visões de mundo (ver, por exemplo, Foucault, especialmente 1961) e “explicando o inexplicável” (ver Scheff, especialmente 1966). É interessante observar que trata-se de acusação com alto poder de contaminação, nem sempre aparecendo isolada ou explicitada mas muitas vezes misturando-se com outros tipos de acusação. Uma vez explicitada implica elaborado ritual de exorcização envolvendo todo um aparato institucional legitimado por um *saber oficial*, respaldado pela lei e pela possibilidade de coerção do aparelho do Estado. Nada disso é novidade, mas cumpre estar atento e investigar como, concretamente, em contextos específicos certos comportamentos são estigmatizados e determinados indivíduos acusados (VELHO, 2002, p. 57)

É recorrente a visão machista de que a mulher que aceita sair com rapazes para uma festa ou aceita carona está se colocando numa situação em que de vítima passa a ser algoz de si mesma, ou seja, a violência passa a ser culpa da mulher, pois, na construção perversa e invertida dos fatos, provocou a situação. Ora, tal concepção é prova da desigualdade de gênero construída a partir do mito dos incontroláveis instintos masculinos, o que desrespeita frontalmente os direitos iguais entre homens e mulheres.

Segundo Iara Silva, “nos crimes de natureza sexual, em vez de considerar a periculosidade da personalidade do agente, (os operadores do direito) projetam-na para a personalidade da vítima mulher. È a conduta da ofendida que resultará em maior ou menor grau de responsabilidade do réu. Está presente a ideia de que a mulher deve zelar pelo seu pudor e recato, em nome da honra da sociedade, da família, e do homem.

Somente a mulher pudica tinha a tutela da lei penal. A sua melhor defesa é o recato. A falta de pudor da mulher é que induz o homem a práticas sexuais anômalas, isto é, não voltadas à procriação. “Quando a mulher não preza a sua pudicícia, a sua palavra perde aquele conceito que traduz a força da acusação” (TJ SP, Câmaras Criminais, Revisão. Crime nº 106.501, de 04.11.1970. p. 58-59).

O distanciamento de Maria e a necessidade de ser compreendida presente na fala de Marta são, de alguma forma, passíveis de serem interpretadas como resistências, fissuras às condições impostas pela estrutura perversas que se encontram: instituição psiquiátrica, família e universo do trabalho.

Em outras palavras, o que isto quer dizer? Ora, nada mais nada menos que, apesar de ter havido um reconhecimento formal de direitos a partir da Constituição de 1988, homens e mulheres ainda ocupam lugares diferenciados na escala de importância social. Efetivamente falando, embora a Carta Magna tenha garantido a igualdade jurídica entre homens e mulheres no inciso I do parágrafo 1º do artigo 5ª da Constituição Federal de 1988, estas não têm percebido, de acordo com as reflexões de Barsted (2003), a titularidade dos direitos que buscam para exercerem, plenamente, a cidadania que vêm requerendo, na contra-face de sua longa história de exclusão. A autora explica que:

O termo titularidade de direitos está inscrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Expressa a ideia de que todo indivíduo possui “direitos naturais” que devem ser reconhecidos, respeitados e garantidos obrigatoriamente pelos governos. Neste sentido, a titularidade significa não só ter direitos mas, também, poder deles usufruir (BARSTED, 2003, p. 8)

Ora, se a política de reforma psiquiátrica do Estado brasileiro (Lei nº 10.216/2001) buscou restabelecer a dignidade das pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental, como explicar a contradição nas práticas de médicos, técnicos e funcionários do HC, no momento em que desconfiam da palavra e da veracidade do discurso dessas mulheres, enxergando-as somente como usuárias de um tratamento, em que são estigmatizadas e silenciadas? Ao pesquisar a relação entre médicos/funcionários e “pacientes/clientes” do Hospital-Dia da Clínica Psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Cristina Bastos Alves Lins (2007), conclui que:

Apesar de se terem criado outros dispositivos para substituir as práticas de internação asilar, ainda se oferece uma prática que privilegia a atenção ao sintoma, à doença, à monitoração de estabilização de pacientes. Estas que, ao meu entender, são ações terapêuticas que pouco ou nada mudam nas condições subjetivas do paciente e seus familiares em lidar com sua doença ou de

prosseguir sua vida com as dificuldades que a doença acarreta. Suas práticas estão voltadas para uma pedagogia da sociabilidade, não se orientando pela necessidade de apreender e responder às singularidades de cada paciente (LINS, 2007, p. 9-10)

Destarte, a incompreensão e o abandono da parte de familiares, as várias tentativas de estabilização, socialização e normalização parecem serem práticas comuns que, por seu turno, podem ser deduzidas, mediante relatos como os de Maria José, também usuária do Hospital-Dia.

Quando conversamos, ela tinha 40 (quarenta) anos de idade e, na entrevista, declarou-se “morena”. Maria José contou-me que: “foi casada e que teve duas filhas (década de 80). Após o nascimento da segunda filha, teve depressão pós-parto e enfrentou crises nervosas e brigas com o marido – pois ela alegava que ele tinha “outra”. Não demorou muito para vir a separação”. Aí, então, Maria José entrou novamente em crise e foi internada no Hospital das Clínicas; por várias vezes. O ex-marido assumiu um novo relacionamento e deixou as filhas com a sua mãe (com a avó paterna)¹¹⁶.

Em razão das várias internações psiquiátricas, Maria José perdeu a guarda das duas filhas, que foram criadas pela avó e pelas tias. Ela relatou que “toda vez que saía do HC, ia morar com a sua mãe”. Porém, quando a sua mãe faleceu, os irmãos a expulsaram de casa. Ela ficou pelas ruas por um tempo até que os irmãos foram obrigados a aceitá-la de volta em casa, em virtude da intervenção de um delegado de polícia.

Maria José relatou que “uma parte do imóvel (a parte de alvenaria), que pertencia à sua mãe, fora construído por ela e pelo ex-marido, antes da separação”. Entretanto, ela alega que “nunca havia sido bem tratada pelos irmãos, que a logravam de toda forma”. Porém, ela também contou que recebia benefício assistencial no valor de um salário mínimo do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e com esse dinheiro se mantinha. Mas “o cômodo onde mora é nos fundos, na pior parte da casa; além do que, cheira mal, é de madeira podre e está desabando”. Ela me disse que “não tem bens, nem trabalha”.

Ela acrescentou ainda que “sentia muita falta das filhas. Todavia, sempre que ia visitá-las ocorriam confusões envolvendo as tias e a avó paterna das meninas – que dizem que ela é louca e que não pode ficar sozinha com as filhas porque ela é perigosa, fechando a porta na sua cara”. Ao ver a porta fechada: “grita, faz escândalo, faz confusão na rua. Mas é porque esse desrespeito a magoa muito”. Ela “não pode sair com as filhas e sempre que vai vê-las é vigiada pelos familiares do ex-marido. De qualquer modo, “as

¹¹⁶ Trecho das anotações do caderno de campo.

filhas a rejeitam e têm muita vergonha dela, não querendo saber como está nem, tampouco, indo visitá-la, quando fica no Hospital de Clínicas”.

Ela disse que “estava no Hospital- Dia, de segunda a sexta, de 8 às 17 horas, mas que dormia no quarto dos fundos na antiga casa da mãe”.

No meio de nossa conversa, ela me perguntou se tinha direito de ficar com as filhas. Ela também queria saber de sua parte na divisão dos bens, em razão da separação com o ex-marido e da divisão dos bens deixados pela falecida mãe. Maria José disse que os parentes dividiram tudo e que não deram nada para ela. Por isso, sentia-se alijada pela família (irmãos), pelas filhas, enganada pelo ex-marido, enfim, que não tinha ninguém que gostasse dela.

Outro exemplo de abandono me foi relatado por um membro da própria equipe técnica da Clínica Psiquiátrica do Hospital de Clínicas. Embora não tenha visto nem conversado com ela pessoalmente, o seu caso também pode servir de elemento para análise da transgressão de direitos a que mulheres diagnosticadas com transtorno mental são submetidas. Vou chamá-la de Maria Mariana. Ora, segundo relato do membro da equipe de saúde mental Maria Mariana era uma senhora idosa, que não possuía documentos e que não sabia dizer onde morava ou quem eram seus parentes. A filha a deixou para a internação, mas depois se mudou para local desconhecido. A equipe foi até o endereço registrado no prontuário, mas os vizinhos disseram que ela havia vendido a casa, e se mudado para Fortaleza.

Para onde irá Maria Mariana quando chegar o momento de sair da internação, já que ela não pode ficar lá por muito tempo? Ela vai para as ruas? O técnico da Clínica desabafa dizendo que “a família quer deixar o paciente aqui (no Hospital-Dia) de vez, pois eles não sabem cuidar e não querem fazer isso. Uma pessoa assim, com problema mental, dá muito trabalho, é penoso”. Ele conclui afirmando que “[a]qui no Hospital, eles (os pacientes) têm tudo de melhor, alimentação, equipe multidisciplinar, ficam melhor aqui do que por aí”.

O abandono de Maria Mariana é considerado crime previsto no artigo 244 do Código Penal ¹¹⁷. Mas o pano de fundo está justamente no fato de que muitos familiares

¹¹⁷ Art. 244 do Código Penal. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo: Pena - detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, de uma a dez vezes o maior salário mínimo vigente no País.

percebem a pessoa com transtorno mental como um estorvo, um peso, uma responsabilidade da qual querem se livrar.

Por outro lado, não existe nenhum suporte social conferido pelo estado através de políticas públicas, de modo que o abandono é, também, da própria família, já que o estado trata mulheres diagnosticadas com transtorno mental como sinônimo de uma marca institucional de controle das crises, dos sintomas, para retornarem a um universo que as ignora. No final das contas, as famílias acabam sendo tão lesadas e estigmatizadas quanto às próprias mulheres que sofrem de transtorno mental.

Por outro lado, cabe lembrar que os asilos psiquiátricos eram precisamente instituições de depósito de seres humanos descartados pelas famílias. Com a extinção desse modelo manicomial, as famílias assumem importante papel no acompanhamento e no tratamento da pessoa com transtorno mental. Em sua pesquisa junto ao Hospital-Dia, Lins (2007)¹¹⁸ observa que “[d]a parte dos familiares (...) deixar de estar à sombra da instituição exigiria deles que preenchessem o vazio que surgia com a alta [médica] com outro conteúdo que seria o de sua autonomia [da família]”. (LINS. 2007, p. 8)¹¹⁹

Diante disto, portanto, como será possível, então, tornar, verdadeiramente, efetiva a titularidade de direitos descrita por Barsted (2003) quando nos encontramos perante a violação do exercício de direitos e, também, da dignidade dessas mulheres que freqüentam o Hospital-Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna? Ora, segundo a referida autora, para que alguém seja titular de direitos são necessárias várias outras condições que, por sua vez, implicam em: 1) uma declaração formal de direitos no âmbito nacional e internacional; 2) correspondência destes com os costumes e as práticas sociais, ou seja, a questão da efetividade na norma; 3) reconhecimento e implementação de direitos; e, finalmente, 4) introjeção dos mesmos direitos, no tocante às representações sociais – incluindo-se o próprio significado do termo titularidade. (BARSTED. 2003: 8-9)

Nos casos descritos acima, a grande dificuldade para o reconhecimento da capacidade real das mulheres com as quais conversei e de todas aquelas que fazem uso dos serviços da psiquiatria do HC é a pressuposição de sua incapacidade moral e jurídica, calcadas em preconceitos de gênero, raça e classe. Não se pode dizer, pelo que ficou exposto, que essas mulheres não têm a nítida percepção do que lhes acontece. Ora, Maria José tem clareza de que “possui direitos”, embora não saiba exatamente quais os

¹¹⁸ LINS. Cristina Bastos Alves. (mimeo.)

¹¹⁹ Maria Mariana não está em condições de assumir, diretamente, a titularidade de seus direitos, necessitando, invariavelmente, da intervenção do Estado para que sua proteção seja garantida, obrigatoriamente, pois, a família deve exercer uma tutela contra este abandono.

procedimentos técnicos que deve tomar. E, apesar de Maria Mariana não possuir nenhum amparo familiar, o Estado brasileiro tem que responsabilizar-se, inteiramente, pela sua assistência, mesmo que ela não tenha condições de reclamar seu direito à vida e a um tratamento de saúde condigno com seu histórico pessoal. E a conscientização do papel fundamental e solidariedade familiar compete ao estado promover à família através de políticas públicas e ações estratégicas.

É, portanto, deste modo que compreendo a questão da titularidade de direitos que as mulheres possuem. Afinal, independentemente das circunstâncias adversas (ou, principalmente, devido a elas), a luta pelo atendimento das demandas específicas está resguardada pela Constituição Federal de 1988, muito embora se encontrem muitas contradições e discriminações que podem ser observadas no acesso ao mercado de trabalho, à própria ascensão profissional, à renda, aos cargos políticos e de poder (BARSTED. 2006). E no atendimento dispensado às mulheres com transtorno mental possuem no Setor de Psiquiatria da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna visto que são obliteradas nos seus direitos mais básicos como, por exemplo, gozar de credibilidade no momento em que relatam os seus casos.

Por fim, o exemplo de Miriam é representativo de incontáveis casos de abuso e violência processados com uma única pessoa, ao longo de sua história de vida. Quando conversamos em março de 2008, ela tinha 18 (dezoito) anos e estava no Hospital-Dia. Ela se autodeclarou morena. Eu a conheci através de uma servidora do Hospital de Clínicas:

Miriam aceitou contar-me a sua história. Ela contou que “quando era menor de idade, ela e as irmãs foram abusadas pelo padrasto (companheiro de sua mãe). Uma irmã com 15 (quinze) anos ficou grávida, mas fizeram exame e provaram que era de outro rapaz (do namorado)”. Mesmo assim, Miriam insistia no abuso. Então, “o Conselho Tutelar foi acionado. Elas foram para o abrigo Emanuele Diniz¹²⁰ onde ficaram por 2 (dois) anos.” Ela me disse que a mãe trabalhava fora, e que perdeu a guarda das filhas, separando-se, pouco depois, daquele companheiro¹²¹.

O Ministério Público, por meio da Promotoria da Infância e da Juventude, investigou o caso, mas nada ficou comprovado para propor a denúncia.

Miriam me disse que: “a mãe ficava sempre do lado dele, mas nunca se calou; por isso, a mãe tinha raiva dela” – justificava. “Depois que completou 18 anos, teve que sair

¹²⁰ Casa Abrigo Emanuele Rendeiro Diniz é instituição municipal que abriga mulheres e filhos submetidos à violência doméstica e familiar que possui endereço sigiloso para assegurar a sua segurança uma vez que são os casos que as abrigadas correm risco de morte por seus agressores.

¹²¹ Anotações do caderno de campo.

do abrigo e voltou a morar com a mãe, que se juntou (passou a viver) com um novo companheiro”. Segundo ela: “o antigo padrasto é pai biológico da irmã menor e tem a guarda da caçula – ou pelo menos a leva para passear de vez em quando”.

Entretanto, Miriam alegava que “o antigo padrasto envolveu-se com drogas e agora é traficante perigoso e ronda sua casa e (...) que o padrasto levou a irmã menor para um local na baixada (periferia da cidade), junto com outras meninas menores de idade, que são prostituídas e, também, drogadas”. De acordo com Miriam, a casa ficava no final do beco e era de madeira, com vários quartos. As meninas eram pequenas, drogadas e tiravam suas roupas – referiu-se às calcinhas – para que os homens entrassem lá.

Perguntei-lhe como ela soube desses fatos. Ela relatou que: o antigo padrasto a levou lá para ver a irmã menor. Ela queria tirar a irmã de lá. Mas ele só aceitaria se ela ficasse no lugar da irmãzinha, ou seja, queria que ela também se prostituísse. Ela disse que ia dar um tempo para ela pensar e que voltaria. Neste momento, Miriam me mostrou algumas marcas no corpo – hematomas na região próxima aos seios – e disse-me que “foi um homem perto da casa dela que havia feito aquilo”. E continuou, ao dizer que “tem muito medo, pois ele vai voltar e ela tem que decidir se vai se prostituir ou não, para salvar a irmã menor”.

Segundo pesquisa de Andrade et al,

A exposição da mulher à violência durante a infância, seja como vítima de agressão física, sexual ou emocional, de negligência ou privação, seja, ainda, presenciando atos violentos no domicílio, tem um impacto adverso na saúde e no bem-estar da criança, podendo impedir o seu adequado desenvolvimento físico e mental. A exposição da criança à violência tem se mostrado associada a vários comportamentos de risco – como, por exemplo, tabagismo, obesidade, sexo desprotegido, depressão – que, por sua vez, se configuram em fatores de risco para outros importantes problemas de saúde pública, como câncer, doenças cardiovasculares, infecções sexualmente transmitidas, infecções verticalmente transmitidas, gravidez indesejada, na adolescência ou não, e suicídio (ANDRADE et al apud FELITTI et al., 1998, p.)¹²².

A autora ainda relata que “mulheres que foram fisicamente agredidas ou sexualmente molestadas na infância apresentam maior risco de revitimização na vida adulta. Coid et al. (2001), em um estudo de 1.207 mulheres em Londres, relataram a freqüente co-ocorrência de múltiplas experiências de abuso físico e sexual, doméstico ou não, na infância e vida adulta. Relataram, ainda, que história de violência sexual antes dos 16 anos associa-se positivamente a violência doméstica e estupro na vida adulta, o

¹²² Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2>, acesso em 21.09.2009.

mesmo ocorrendo com história de espancamento por pais ou cuidadores na infância, respectivamente, para violência doméstica e estupro), que também se mostrou associada a outras experiências de trauma na idade adulta”.¹²³

Assim, uma equipe do Hospital de Clínicas (psicóloga, assistente social e motorista) foi à casa de Miriam porque a sua mãe se recusa a ir ao Hospital, alegando que é muito ocupada e que Miriam dá muito trabalho, ou seja, que “mente muito”. A equipe queria confrontar as denúncias de Miriam com o relato da mãe, dos vizinhos e procurar saber algo sobre o antigo padrasto. No dia marcado para a visita, ela se envolveu em uma briga com outra mulher também internada na ala psiquiátrica, e foi levada para a emergência para ser controlada com medicação, conforme jargão médico-psiquiátrico.

A equipe só foi à casa de Miriam no outro dia, por razões de disponibilidade do veículo e de motorista. A visita ocorreu sem transtornos. A mãe e as irmãs negam a versão de Miriam. E, segundo os relatos dos familiares, “o antigo padrasto nem vai por lá, para evitar mais confusões”.

Uma psicóloga relatou que Miriam também já disse que tinha um homem que ficava na porta do Hospital de Clínicas a assediando, convidando-a para entrar no seu carro, para fazer um “programa”¹²⁴. De acordo com a versão da psicóloga, a equipe ficou várias vezes de guarda na porta do Hospital. Quando ela sai disseram que nunca viram ou presenciaram nada e nem os agentes de portaria. Depois de alguns relatos de Miriam, as psicólogas “entenderam” como uma forma de Miriam “chamar a atenção”, pois, na opinião das psicólogas, estas são “histórias inventadas”.

Segundo a avaliação médica, Miriam possui transtorno de comportamento¹²⁵. Por último, o prontuário dela sumiu. Os prontuários, espécie de “histórico do paciente”, ficam numa sala aberta em que servidores e usuários têm acesso, localizadas em pastas nominadas com o nome do usuário(a) no interior de um armário com gavetas.

¹²³ Idem.

¹²⁴ Programa aqui tem o significado semelhante ao da prostituição, adequando-se a um convite para a prática de ato sexual mediante pagamento em pecúnia ou vantagem econômica.

¹²⁵ Os transtornos de comportamento são caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). Quando as características de um transtorno de conduta são sintomáticos de uma outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado. Cf. http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f90_f98.htm. Acesso em: 13/09/2009

Se por um lado houve uma tentativa dos funcionários de averiguar as histórias contadas por Miriam; por outro lado, a conclusão das psicólogas converteu-se na mais óbvia assertiva: Miriam é “mentirosa”.

O desaparecimento de seu prontuário médico é sintomático da resistência às técnicas de controle daquilo que Foucault chama de biopolítica. Ora, de acordo com Jesús Santiago (2008)¹²⁶, as estratégias de controle e domínio se articulam, também, com o próprio funcionamento do Estado e da própria sociedade capitalista contemporânea. Para o mencionado autor, as técnicas de controle se aplicam externamente aos indivíduos, redefinindo subjetividades nas quais o poder circula por meio de mecanismos que se orientam no sentido de uma unidade intencional de disciplinarização dos corpos.

A partir desses relatos, inevitavelmente, penso como a psiquiatria se relaciona com o direito, complementando-se no processo de exclusão dessas mulheres. No entanto, apesar de ser possível estabelecer comparações e, até mesmo fazer generalizações, no que diz respeito aos casos anteriormente discutidos, não se pode perder de vista que cada um deles expressa uma realidade psicoemocional e, também, sociocultural diferenciada, na medida em que a experiência de vida que essas mulheres trazem consigo é única. Cada uma delas expressa em si mesma uma luta contra o assujeitamento de sua subjetividade.¹²⁷

Embora a equipe de psiquiatras e demais técnicos e funcionários tentem trabalhar numa perspectiva multidisciplinar e integradora, à luz do que a reforma psiquiátrica preconiza, observei, através das falas e depoimentos colhidos em campo que o descrédito e, também, a desconfiança em relação à palavra das mulheres com transtorno mental são uma constante na prática desses profissionais, apesar de inúmeras tentativas reformadoras, como, por exemplo, a própria existência de um Hospital-Dia que, em tese, deveria permitir experiências mais dialógicas e, portanto, menos impositivas, se comparadas ao antigo modelo hospitalocêntrico que, a muito custo, se tenta superar.

¹²⁶ Cf. SANTIAGO, Jesús. “Foucault e o neo-higienismo contemporâneo” In: *PASSOS, Isabel C. Friche (org.). Poder, normalização e violência – incursões foucaultianas para a atualidade*. Autêntica Editora: Belo Horizonte, 2008.

¹²⁷ De acordo com Lins (2007), a subjetividade, na concepção de Foucault, representa algo essencialmente produzido, isto é, não naturalizado. Em outras palavras: “... ela, [a subjetividade], se constrói nas relações deste indivíduo com o contexto em que vive. Então, as práticas e os discursos realizados a partir de um dado conhecimento, são produtores de subjetividades e são exercícios de poder do cotidiano de uma escola, de um hospital, de um local de trabalho e de um hospital-dia (AMARANTE e TORRE, 2001)”. Para maior conhecimento do assunto, consultar: LINS, Cristina Bastos Alves. *Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém: UFPA, 2007. (mimeo.)

Os casos investigados dessas mulheres com transtorno mental que utilizam o Setor Psiquiátrico da FHCGV expressam uma realidade adversa e uma necessidade de que tais mulheres possam exercer a titularidade de seus direitos. A titularidade de direitos, de acordo com Barsted (2003)¹²⁸, deve resultar de uma luta constante pelo empoderamento, compreendido como uma noção que designa “(...) a necessidade de processos sociais capazes de aumentar as potencialidades das mulheres [d]e superar as discriminações.” (BARSTED. 2003: 9). A autora conclui que:

Para que a titularidade se torne operacional é necessária uma grande mobilização política em todas as direções – estado, sociedade e relações interpessoais. Nesse sentido, os movimentos e organizações de mulheres têm dirigido ações voltadas para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que contemplem o reconhecimento de direitos, a correspondência entre estes e os costumes, valores, comportamentos sociais e a implementação efetiva desses direitos.

A fim de se pensar acerca da construção da titularidade de Direitos dessas mulheres, é necessário, primeiro, refletir sobre o modo como o ordenamento jurídico brasileiro concebe e tutela a loucura, reproduzindo uma série de preconceitos contra as mulheres que sofrem de algum tipo de transtorno mental.

4.2 INIQUIDADES NA VISÃO JURÍDICA DA TUTELA DA MULHER COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE

No ordenamento jurídico brasileiro existem inúmeras implicações jurídicas do transtorno mental considerado grave, qual seja, aquela enfermidade considerada pela medicina psiquiátrica como inviabilizadora de uma vida independente e interação com a sociedade de forma produtiva. Nesse aspecto, percebe-se uma aliança entre medicina e direito que exclui pessoas, notadamente, mulheres com transtorno mental da vida social a partir de parâmetros de controle social.

Toma-se como exemplo um instituto do direito civil relacionado à interdição da capacidade civil, ou seja, a impossibilidade ou invalidade de praticar vários atos jurídicos como casar, comprar, vender, doar, ter a guarda dos próprios filhos.

¹²⁸ Cf. BARSTED. Leila Linhares. “A Cidadania Feminina em Construção” *In*: ALMEIDA et al. *Violência Doméstica – Bases para a Formulação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Reinventar, 2003, pp. 7-12.

A incapacitação jurídica está vinculada, geralmente, ao comprometimento do juízo crítico e da volição (vontade consciente). Para o Direito Civil, toda pessoa é considerada como sujeito de direitos e deveres¹²⁹, sendo dotada de personalidade, isto é, capacidade de direito (de aquisição ou fruição de direitos) e capacidade de fato ou de ação (exercício por si só dos direitos que possui).

Neste contexto, quem possui as duas capacidades (de direito e de fato) é denominado de plenamente capaz; porém, se tiver apenas a capacidade de direito, necessitando de outra pessoa para que o substitua ou complete a sua vontade; a estes chamamos de incapazes.

Conforme GONÇALVES (2005. p. 35-44), “os recém-nascidos e os loucos têm somente a capacidade de direito (de aquisição de direitos), podendo, por exemplo, herdar. Mas não têm capacidade de fato (de exercício) para propor qualquer ação em defesa da herança recebida, precisam ser representados pelos pais e curadores.”¹³⁰

A incapacidade para o Direito é a restrição de legal ao exercício de atos da vida civil. Pode ser dividida em incapacidade absoluta e relativa. A incapacidade absoluta, prevista nas hipóteses do artigo 3º do Código Civil de 2002 acarreta a proibição total do exercício por si só do direito. O ato jurídico somente poderá ser praticado por um representante legal ou judicialmente nomeado, não possuindo validade, sendo nulo, o ato praticado pelo absolutamente incapaz.

Artigo 3º - São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I- os menores de dezesseis anos;

II- os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III- os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

A incapacidade relativa, prevista nos casos do artigo 4º do Código Civil, possibilita a prática de certos atos da vida civil, na maior parte dos casos, assistido pelos responsáveis, sob pena de anulação do ato jurídico.

Artigo 4º - São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

¹²⁹ Lei nº 10.406/2002 (Novo Código Civil) - Artigo 1º “ Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”

¹³⁰ GONÇALVES, Carlos R. Sinopses Jurídicas. Direito Civil – Parte Geral. Vol. 1. 12ª ed. de acordo com o novo Código Civil. São Paulo: Saraiva, 2005.p. 35-44.

- I – os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
 - II- os ébrios habituais, os viciados em tóxico, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
 - III- os excepcionais¹³¹, sem desenvolvimento mental completo;
 - IV- os pródigos¹³²
- Parágrafo único – A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

As incapacidades são supridas no campo jurídico pela representação e assistência dos pais ou responsáveis¹³³, ou pela cessação do motivo determinante, seja a comprovação da maioridade ou ausência de doença mental ou enfermidade que limite o seu discernimento para exercer os seus direitos.

Para os absolutamente incapazes para exercer atos da vida civil, a lei civil usa a expressão: ‘privados do necessário discernimento por enfermidades ou deficiência mental’ compreendendo todos os casos de doença mental permanente e duradoura caracterizadas por graves alterações das faculdades psíquicas. Estabelece, por outro lado, uma gradação da enfermidade mental, ao considerar relativamente incapazes os que ‘por deficiência mental possuam discernimento reduzido’.¹³⁴

Aos que possuem condição psíquica vista como normal, mas não puderem discernir ou exprimir sua vontade por causas transitórias, por exemplo: alguma patologia (arteriosclerose, excessiva pressão arterial, paralisia) ou estado de embriaguez não habitual, uso eventual e excessivo de entorpecentes ou substância alucinógenas, hipnose ou outras causas semelhantes, serão considerados, enquanto durar a causa, como absolutamente incapazes de exercer atos da vida civil.

Quanto aos excepcionais, onde se encontram também os surdos-mudos, importante frisar que se tiverem educação especial e puderem exprimir plenamente sua vontade, serão considerados capazes. Destaca-se que os ébrios habituais (alcoólatras) e viciados em substâncias entorpecentes (toxicômanos) são considerados relativamente incapazes, pois o Direito considera que possuem algum discernimento para produção de certos atos jurídicos.

¹³¹ Trata-se dos portadores de necessidades especiais, antigamente denominados deficientes físicos.

¹³² “Os pródigos são indivíduos que dissipam seu patrimônio desvairadamente. Trata-se de um desvio de personalidade e não propriamente, de um estado de alienação mental. Pode ser submetido à curatela que limite a disposição do patrimônio (art. 1.782 CC), podendo praticar outros atos da vida civil.”

¹³³ Na representação, o absolutamente incapaz não participa, sua vontade não é considerada para o ato civil. Já na assistência, o relativamente incapaz é quem pratica o ato, auxiliado, acompanhado, assistido por seu pai ou responsável. (art. 1.634, V, Código Civil)

¹³⁴ O código civil anterior, de 1916, quando tratava dos absolutamente incapazes usava a expressão: ‘*loucos de todos os gêneros*’, numa acepção completamente preconceituosa do fenômeno da loucura.

Todavia, nos casos de transtorno mental, de ébrios habituais, viciados em tóxicos e os excepcionais sem completo desenvolvimento mental (incapacidade relativa), o juiz, segundo o estado e desenvolvimento mental atestado por laudo médico específico, poderá pronunciar uma sentença de interdição parcial, indicando os limites da curatela, conforme determina o artigo 1.772¹³⁵ do Código Civil.

E as pessoas com transtornos mentais que não possuem o necessário discernimento dos atos da vida civil (incapacidade absoluta), cabe igualmente um processo judicial de interdição, promovido pelos parentes ou pelo Ministério Público, nos termos dos artigos 1.767e 1.768¹³⁶ do Código Civil, para que lhe seja nomeado pelo juiz um curador, que será o seu representante legal para exercer os direitos que possui (capacidade de fato).

A incapacidade absoluta, correspondente à interdição, uma vez declarada por sentença do Estado-juiz, torna todos os atos do interditando nulos, pois a incapacidade mental, neste caso, é um estado permanente e contínuo atestado por perícia médica, não se admitindo no meio jurídico intervalos de lucidez. É como uma sentença de morte civil.

Alexandre Zarias (2005) abordou a questão da interdição civil na obra *Negócio Público e interesses privados: a interdição civil e os dramas de família*, realizado em Campinas-SP, onde alinhava a relação entre capacidade civil e doença como pressupostos legais e sociológicos para a interdição e ainda levanta interessante discussão sobre formas de interação social e a construção do processo de interdição que revelam a lógica institucional da família, da medicina e da justiça, que avaliam, diagnosticam e atribuem uma sentença a uma pessoa, o que significa atribuir ou retirar a capacidade de gerir os próprios bens ou a própria pessoa.

A interdição é um mecanismo legal de natureza civil, que pertence a área do direito de família, mediante o qual, por meio de um processo jurídico, procura-

¹³⁵ Lei nº 10.406/2002 - Artigo 1.772 – Pronunciada a interdição das pessoas a que se referem os incisos III e IV do art. 1.767, o juiz assinará, segundo o estado ou o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela, que poderão circunscrever-se às restrições constantes do art. 1.782.

¹³⁶ Lei nº 10.406/2002 - Artigo 1.767 – Estão sujeitos a curatela:

I- aquele que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;

II- aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;

III- os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;

IV- os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;

V- os pródigos.

Artigo 1.768 – A interdição deve ser promovida:

I- pelos pais ou tutores;

II- pelo cônjuge ou por qualquer parente;

III- pelo Ministério Público.

se nomear alguém para que possa administrar os bens e a pessoa, ou somente os bens, de quem não possa mais fazê-lo por si só. É algo nascido de um interesse privado, circunscrito a esfera familiar, tornado um negócio público pelo acionamento da justiça e da medicina, mas também pelos efeitos que procura produzir no âmbito da vida civil de uma pessoa e da sociedade em geral (ZARIAS, 2005.p. 24)

Comenta o autor que nem toda doença mental gera incapacidade civil, porém, a pessoa considerada incapaz é tida como “doente”, tendo como questão crucial: como o comportamento tido como “desviante” é transformado em “desequilíbrio mental” (doença) para justificar a interdição? Como pensam e agem as instituições?

Tais questionamentos também encontram eco no presente trabalho, cuja possível resposta pode ser encontrada na finalidade normalizadora e excludente das instituições jurídicas e médicas. Busca-se através do laudo médico um elo entre a conduta da pessoa interdita e uma catalogação de doença mental para justificar o processo de interdição da capacidade para praticar determinados atos civis. Com isso, afastar do convívio social visa retirar da sociedade pessoas não aptas a produzir negócios jurídicos válidos, embora o discurso jurídico também aponte para a suposta proteção da pessoa interdita.

Ou seja, o que se percebe é uma preocupação principal com a validade dos negócios civis praticados e proteção do patrimônio privado e, secundariamente, a proteção das pessoas com enfermidade mental cuja gravidade comprometa a capacidade civil.

Na maioria dos casos, a família busca o processo de interdição para auferir valores de benefícios previdenciários (aposentadoria por invalidez) ou assistenciais (amparo assistencial) destinados a pessoa que se tornou totalmente incapacitada ao trabalho ou que pela deficiência diagnosticada não possui condições de prover sua própria subsistência, necessitando do auxílio estatal¹³⁷. E em alguns casos, as famílias transformam a pessoa interdita numa fonte de renda para a família. Noutros casos, os familiares buscam a interdição para proibir que a pessoa dilapide o patrimônio familiar¹³⁸.

¹³⁷ Art. 203 da Constituição Federal de 1988. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

¹³⁸ O autor demonstra que para os pobres e sem recursos, as famílias acionam a Justiça como agência de encaminhamento para obter benefícios previdenciários e assistenciais em razão do interdito ter sofrido um traumatismo por acidente de trânsito, retardamento mental acentuado, acidente vascular cerebral ou outra doença que destitua o indivíduo de autonomia corporal ou cognitiva. Já para as famílias mais abastadas a Justiça funciona como agência de controle com intuito velado ou explícito de proteger o

Outro efeito jurídico é a possibilidade de ruptura da vida conjugal, ou seja, a separação pedida pelo cônjuge sob o fundamento¹³⁹ de o outro ter sido acometido, após o casamento, de doença mental grave, de cura improvável, que torne impossível a vida em comum.

O artigo 1572, parágrafo 2º, do código civil de 2002, nos informa que:

Art. 1.572. Qualquer dos cônjuges poderá propor a ação de separação judicial, imputando ao outro qualquer ato que importe grave violação dos deveres do casamento e torne insuportável a vida em comum.

§ 2º O cônjuge pode ainda pedir a separação judicial quando o outro estiver acometido de doença mental grave, manifestada após o casamento, que torne impossível a continuação da vida em comum, desde que, após uma duração de dois anos, a enfermidade tenha sido reconhecida de cura improvável.

O caso de Maria José é emblemático nesse sentido. O marido ao constatar que a esposa enfrentou uma depressão pós-parto, promoveu a separação judicial do casal ficando com a maior parte dos bens e requereu a guarda das filhas que foram criadas pela avó paterna. Tal situação de abandono pelo marido e retirada da convivência familiar causou abalos morais e psicológicos, pois as filhas têm medo da mãe biológica, pois cresceram ouvindo que a “mãe era louca”!

A doutrina civilista ensina que essa modalidade de separação é denominada separação-remédio, na qual a vida em comum do casal termina pela impossibilidade da convivência pelo acometimento de doença incurável. Ora, nada mais conveniente para nossa sociedade machista, pois aliado a esse comando normativo existem condutas e normas de condutas baseadas no gênero, ensinadas por gerações, no sentido de que o homem não consegue cuidar sozinho da esposa doente, porém, a esposa deve cuidar do marido inválido até a morte. Ou seja, existe uma expectativa social de que as pessoas devem agir de acordo um modelo previamente definido socialmente. Tais condutas e normas não são assimiladas de forma simples e mecânica, mas são imposições que podem gerar conflitos e resistências.

Como já se ressaltou neste trabalho, é visível o número de abandono das mulheres diagnosticadas com transtorno mental pelos seus companheiros e maridos. Já na esfera penal, há dois pólos distintos. De um lado quem comete a infração penal (autor ou agressor) e de outro quem sofre a agressão (vítima).

patrimônio (privado), alijando o parente (interditando) da condição de pleno cidadão a fim de que não usufrua plenamente do patrimônio amealhado (2005:12).

¹³⁹ Art. 1572 § 2º do Código Civil.

Com relação ao agressor/a é fundamental constatar se a pessoa, no momento em que cometeu a infração penal, possuía dolo, ou seja, vontade e consciência da ilicitude. Em outras palavras, se possuísse vontade e consciência, era considerada imputável, isto é, capaz de ser responsabilizado pelo ato criminoso. Por outro lado, a falta de sanidade mental ou a menoridade de 18 anos¹⁴⁰ pode levar ao reconhecimento da inimputabilidade, nos termos do artigo 26 do Código Penal.

Artigo 26 – É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único – A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

A insanidade mental é questão complexa, pois exige, além da comprovação biológica da doença mental, perturbação mental, desenvolvimento mental retardado ou incompleto¹⁴¹, um aspecto psicológico que é a falta de discernimento, incapacidade de entender e se autodeterminar de acordo com esse entendimento.

Noutro sentido, em regra, não são causas que geram inimputabilidade, isto é, ausência ou redução da pena, a emoção, a paixão, a embriaguez. Somente no caso de embriaguez completa e acidental (caso fortuito ou força maior) é que se admite a inimputabilidade.

Artigo 28 – Não excluem a imputabilidade penal:
I – a emoção¹⁴² e a paixão¹⁴³;

¹⁴⁰ O menor de 18 anos é presumidamente pela lei penal como imaturo, conseqüentemente, incapaz de culpabilidade (aspecto puramente biológico).

¹⁴¹ Os doutrinadores do direito penal reproduzem preconceitos sobre o que compreendem por desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Como exemplo, cito o conceito apresentado por Cezar Roberto Bittencourt na obra Código Penal Comentado (2002. p. 103-114). “O desenvolvimento mental retardado envolve as oligofrenias (idiotia, imbecilidade e debilidade mental). Em outros termos é aquele que não atinge a maturidade psíquica. (casos fronteiros apresentam em regra situações atenuadas ou residuais de psicoses ou oligofrenias)” e “desenvolvimento mental incompleto abrange os surdos-mudos e os silvícolas inadaptados. Nesse caso, imprescindível comprovar a incapacidade de compreensão e de autodeterminação decorrente da deficiência, uma vez que é possível se adequar ao meio social e suas normas morais e de conduta. O caso dos índios não é de natureza patológica, mas decorre de ausência de adaptação à vida social urbana ou rural e sua escala de valores.”

¹⁴² Emoção é uma viva excitação do sentimento. É uma forte e transitória perturbação da efetividade a que estão ligadas certas variações somáticas ou modificações particulares das funções orgânicas. In BITENCOURT, Cezar R. Código Penal Comentado. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 109.

II – a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.

§1º - É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

§2º - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Esses estados emocionais não eliminam a censurabilidade da conduta, mas podem vir a ter a pena diminuída, satisfeitos alguns requisitos legais¹⁴⁴. Ressalvados esses casos, os estados emocionais ou passionais só poderão servir como modificadores da culpabilidade se forem sintomas de uma doença mental, isto é, se forem estados mentais patológicos, ultrapassando a mera emoção/paixão e ingressando na esfera da anormalidade psíquica, cuja origem não importa se tóxica, traumática, congênita, adquirida ou hereditária.

As formas e modalidades de embriaguez são:

- não-acidental: intencional (dolosa – responde pelo delito – adoção da teoria “*actio libera in causa*”) ou culposa (imprudente- não queria embriagar-se, sendo previsível a conduta delituosa);
- acidental: caso fortuito¹⁴⁵ ou força maior¹⁴⁶ (pode excluir ou diminuir a responsabilidade penal);
- pré-ordenada (se embriaga a fim de cometer o delito);
- habitual ou patológica¹⁴⁷

O Código Penal adotou o sistema vicariante ou unitário, impondo ao condenado uma pena-repressiva ou uma medida de segurança-assistencial. Dessa forma, existem três possibilidades de responsabilização penal:

- Inimputáveis não respondem porque não tem capacidade para sofrer juízo de censurabilidade. São isentos de pena, não podem ser condenados (são

¹⁴³ Paixão é a emoção em estado crônico, perdurando como um sentimento profundo e monopolizante (amor, ódio, vingança, fanatismo, desrespeito, avareza, ambição, ciúme, etc.) In BITENCOURT, Cezar R. Código Penal Comentado. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 109.

¹⁴⁴ Requisitos legais: injusta provocação da vítima, o domínio da emoção/paixão nos casos de lesão corporal e homicídio (minorantes) ou a influência da emoção/paixão (atenuante). In BITENCOURT, Cezar R. Código Penal Comentado. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 110.

¹⁴⁵ Imprevisível, embora evitável.

¹⁴⁶ Inevitável, embora previsível. Exemplo: eventos naturais.

¹⁴⁷ A embriaguez habitual difere da patológica. O habitualmente embriagado tende ao alcoolismo crônico, que é uma anomalia psíquica. Já a embriaguez patológica, assemelhasse a verdadeira psicose, devendo ser tratada juridicamente como uma doença mental.) In BITENCOURT, Cezar R. Código Penal Comentado. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 113.

absolvidos) e recebem medida de segurança enquanto perdurar o problema mental.

- Imputáveis têm plena capacidade, respondem pelo crime e cumprem a pena imposta.
- Semi imputáveis respondem pelo fato criminoso, mas sofrem diminuição da pena de 1/3 a 2/3, por terem a capacidade de discernimento reduzida. Podem ter a pena convertida em medida de segurança, conforme o caso.

Comprovada a inimputabilidade do agente por meio de laudo médico, a absolvição se impõe, aplicando-se a medida de segurança. Na hipótese dos fronteirios, isto é da culpabilidade diminuída, é obrigatória a condenação, impondo redução da pena, e somente depois, se conveniente e comprovadamente necessária, poderá ser substituída pela medida de segurança¹⁴⁸.

A medida de segurança pode ser internação em hospitais psiquiátricos ou tratamento ambulatorial em manicômios judiciais, nos termos do artigo 96 do Código Penal.

Artigo 96 do Código Penal – As medidas de segurança são:

I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, á falta, em outro estabelecimento adequado;

II – sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único: Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Há autores, como Luiz Flávio Gomes, que defendem a inconstitucionalidade da medida de segurança em razão da indeterminação temporal da internação ou tratamento ambulatorial, conforme preconiza o artigo 97 do Código Penal:

Artigo 97 do Código Penal – Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com a detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 a 3 anos.

§2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

¹⁴⁸ BITENCOURT, Cezar R. Código Penal Comentado. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 103-114.

Tal dispositivo fere o princípio da legalidade, da igualdade e da prescritibilidade da pena, pois o indivíduo não pode se submeter à pena ou à medida de segurança além da pena máxima prevista para o delito¹⁴⁹. Se o fato for apenado com a pena de reclusão, a medida de segurança será sempre a internação. E se ela for desnecessária? A lei penal levou em conta o fato que praticou e não o ser humano, o que choca com a internação como último recurso a ser adotado. Por fim, a pessoa com transtorno mental que cometeu um crime e foi submetida à internação compulsória, deve ser tratada com dignidade em locais adequados ao novo estatuto da Saúde Mental brasileira, Lei nº 10.216/2001.

Artigo 99 do Código Penal– o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

Assim, a internação aplicada como medida de segurança nada mais é do que uma interdição penal que possui suposto objetivo terapêutico, porém leva a uma segregação social tal qual a prisão.

Com relação à mulher e a situação de violência, se ela possui um diagnóstico de transtorno mental, observa-se uma nítida dificuldade de ver processado o agressor, uma vez que o discurso reinante é de que são totalmente incapazes e sua palavra é freqüentemente desacreditada pelo próprio agressor, que pode ser um membro da família ou da própria instituição médico-hospitalar?

Desta feita, uma primeira dificuldade é como identificar as mulheres diagnosticadas com transtornos mentais vítimas de violência? A lei penal pune a violência cometida contra pessoa com deficiência, alienação, debilidade mental (termos pejorativos que estão em desuso pela carga preconceituosa), todavia, depende de denúncias dos profissionais da saúde (relatos dos abusos e violências às autoridades públicas) ou de testemunhas para provar a autoria do delito.

Para exemplificar, no crime de lesão corporal (art. 129, § 11, CP) a pena será aumentada de 1/3 se a vítima é portadora de deficiência. E nos crimes sexuais (art. 224 do CP) presume-se a violência, se a vítima é alienada mental ou débil mental, e agente conhecia essa circunstância ou não pode por qualquer outra causa oferecer resistência. No entanto, atualmente, o art. 224 do CP foi revogado pela Lei 12.015/2009, vigorando para

¹⁴⁹ GOMES, Luiz Flávio. Medidas de Segurança e seus limites. Revista Brasileira de Ciências Criminais, 2, 1993.p. 64.

a hipótese de crime sexual praticado contra pessoa com deficiência mental, segundo o artigo art. 217-A, §1º, do CP (estupro de vulnerável).

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

A responsabilização do agressor na seara penal depende ainda da prova da materialidade do crime e sua autoria. A materialidade é a prova da existência do crime, normalmente comprovado por exame pericial quando o crime deixa vestígio. Já a autoria é a indicação de quem teria cometido a agressão ao bem jurídico tutelado pelo direito penal. Além desses dois requisitos, é necessário que a conduta praticada seja antijurídica (contrarie o direito) e não esteja no rol de excludentes de legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal, estado de necessidade, previstos no artigo 23 do Código Penal.

Os aspectos materiais e processuais elencados, especialmente a necessidade de robusta prova para condenação, protegem os indiciados pela prática do crime a fim de que não se condene eventualmente um inocente, resumindo-se na célebre frase: Na dúvida, a absolvição!

Neste sentido, o direito penal coloca a vítima como ator secundário, importante apenas como circunstância probatória do crime, pois seu testemunho (palavra da vítima) é uma prova importante no processo.

Mas se a vítima possui transtorno mental? Em razão da doença mental, sua palavra como prova perde a robustez para o profissional do direito, causando no senso comum uma sensação de impunidade, pois nem sempre ao final do processo criminal será possível provar a materialidade e autoria de forma a levar a responsabilização dos agressores, o que reforça a agressão contra mulheres que possuem transtorno mental.

Logo, a valoração da prova consistente no depoimento da mulher diagnosticada com transtorno mental vítima de crime sexual, por exemplo, precisa ser repensada à luz dos direitos humanos das mulheres.

Por outro lado, reconhecemos que a violência não acontece somente para quem já possui algum transtorno mental. Ao contrário, a violência pode gerar uma série de

transtornos mentais nas mulheres. A mulher adoece numa relação familiar conturbada pelo alcoolismo, pelas drogas, pela violência física, emocional, sexual, moral, patrimonial, especialmente, quando essa violência ocorre no âmbito familiar e doméstico, reduto em que deveria se sentir mais protegida pelos que supostamente mantém uma relação de afetividade.

A despeito deste indicativo, pode-se afirmar que a violência contra mulher e o desrespeito aos seus direitos humanos e fundamentais ainda são uma constante no Brasil. De acordo com Maria Amélia de Almeida Teles (2007)¹⁵⁰, a violação dos direitos humanos das mulheres é uma prática cotidiana e se acha naturalizada nas relações de gênero impostas às mulheres que são as suas vítimas preferenciais. De acordo com a autora, esse triste fenômeno é o mais democraticamente distribuído na sociedade brasileira e cresce constantemente, vindo a se confundir, até mesmo com a violência urbana e, também, com a violência social (TELES, 2007).

Porém, nos casos de mulheres diagnosticadas com transtorno ou sofrimento mental, esse quadro de violação de direitos parece agravar-se ainda mais, pois, como se pôde ver nos relatos das falas e depoimentos que colhi em campo, em nenhuma das situações observou-se um esforço, quer de familiares, quer da equipe técnica em apurar mais diligentemente as reclamações e denúncias que as vítimas fizeram durante as conversas que tínhamos, ali no setor de saúde mental da FHCGV – embora em um ou outro caso tenha havido alguma boa vontade da parte dos funcionários. Se sistematizarmos cada uma dos casos, ver-se-á, mediante análise das falas que:

- 1) essas mulheres sofreram algum abuso ou violação de direitos;
- 2) todas elas carregam a pecha de “loucas”, “descompensadas”;
- 3) cada uma está sendo submetida a determinado tratamento/acompanhamento médico-psiquiátrico que, justamente por isso, deslegitima a sua fala, o seu discurso;
- 4) elas são desacreditadas e sempre são passíveis de suspeita;
- 5) geralmente são abandonadas pelos amigos e familiares, quer por não terem condições de acompanhá-las, quer por medo ou vergonha;
- 6) cada uma tem, a seu modo, a percepção de sua situação de “interna” ou “usuária” dos serviços oferecidos pela FHCGV;
- 7) todas tem demandas judiciais; entretanto,
- 8) nenhuma dela possui acessoria ou acompanhamento jurídico de advogados ou defensores público.

A que tipo de violência são submetidas essas mulheres? Elas, certamente, são submetidas inicialmente à violência de gênero que, segundo Maria Amélia de Almeida

¹⁵⁰ TELES, Maria Amélia de Almeida. “Violação dos direitos humanos das mulheres” In: TELES, Maria Amélia de Almeida. *O que são direitos humanos das mulheres?* São Paulo: Brasileense, 2007, pp. 62-87.

Teles (2007), caracteriza-se por uma amplitude conceitual, em que o “poder masculino” é incentivado pela lógica da dominação machista. O fundamento desse tipo de violência funda-se em uma violência simbólica, que, por sua vez, toma corpo e se transfigura em muitas situações como, por exemplo, a violência física, psicológica e intelectual. Disto decorre que a violência contra a mulher se apresenta sob múltiplas formas, que se conjugam e se associam entre si, agravando-se ainda mais quando se tratam de mulheres diagnosticadas com transtorno mental, visto que são duplamente vulneráveis, pois são a) são mulheres e b) lhes são atribuídas um transtorno/sofrimento mental.

Após essa breve explanação sobre alguns institutos jurídicos voltados à tutela da pessoa com transtorno mental grave, verifico que a ciência jurídica ainda está longe de efetivamente proteger essas pessoas, especialmente mulheres diagnosticadas com transtorno mental. A ciência jurídica também reproduz os preconceitos sociais e está longa de ser neutra, por justamente tratar de valores que se ajustam a determinado tempo e modo de viver em sociedade.

No âmbito do direito penal, por exemplo, Iara Ilgenfritz Silva, na obra *Direito ou Punição? Representação da sexualidade feminina no direito penal* aborda a questão da mulher como objeto de violência sexual e como a lei, a doutrina e a jurisprudência conseguem adaptar definições de normalidade, estabelecidas pelas estruturas de poder dominantes, ao corpo da mulher.

De acordo com a autora, o código penal possui dupla função: proteger a sexualidade da mulher e reprimir, com punições a quem não a respeitar. Agora, o problema está em: como se dá essa proteção? A que tipo de mulher se estende? De que sexualidade se está falando? Esta proteção não está adstrita ao texto legal, mas as interpretações e valores implícitos, não da sexualidade da mulher em si, mas da sexualidade social feminina, construída e legitimada socialmente. (SILVA, 1985: 34).

Iara Silva assevera que as concepções jurídicas acerca dos atributos considerados femininos, como a honestidade, a pureza ou inocência, a fragilidade, e passividade da mulher na relação sexual são construídas socialmente.

A concepção da mulher inscrita no direito é a concepção masculina de pensar a mulher. O direito foi escrito pelos homens e para os homens, um manual de princípios transmitidos de geração para geração, reflete normas, práticas e métodos, de como conservar a mulher no papel estereotipado que a nossa sociedade lhe presenteou: o papel de esposa e mãe. O preconceito e a discriminação sofridos pela mulher não são privilégios do direito ou dos homens brasileiros; são um fenômeno social-coletivo, mundial e milenar que, ao longo da história, tem se manifestado em vários planos: filosófico, religioso,

cultural, educacional, psiquiátrico, além de estar no plano das convicções populares. (...) Ao Direito coube, certamente, institucionalizar em leis e normas toda essa gama de preconceitos e discriminações espalhadas no corpo social, pois é certo que as discriminações jurídicas têm sido sempre produzidas por prévias discriminações sociais. (SILVA, 1985: 13)

Ela destaca que a ideologia machista atravessa a legislação e a doutrina penal e se aloja no aparelho judicial do Estado (inclusive, entre as juízas que dele fazem parte). Trata-se de um código axiomatizado da sexualidade feminina, que opera e se materializa numa complexa rede de dispositivos tendentes a domesticar corpos e palavras, condutas e intenções (SILVA, 1985. p.11).

E continua:

Falar de mulher está se tornando comum na sociedade, mas falar de mulher e do Direito é um assunto ao mesmo tempo difícil e inovador. Enquanto as demais ciências sociais abrem o diálogo para a problemática feminina específica e as interações sexuais como prática já bem antiga, o discurso do Direito permanece incomunicável e incomunicado. Porque colocar na ordem do dia a questão da mulher significa para o Direito balançar toda a sua estrutura a nível de discurso hegemônico, linear, a-histórico, na modalidade lei/doutrina/jurisprudência, que formam uma perfeita cadeia de conceitos sobre a mulher e que se sucedem de maneira harmônica, permanente, conservadora e funcional. Significa também questionar valores fortemente cristalizados a respeito de casamento, procriação, sexualidade, etc. significa ainda ter que se aliar a outras formas de saber para estabelecer rupturas, e ter que desorganizar formas seculares de concepções simbólico/ideológicas sobre a mulher. (SILVA, 1985: 11)

Da época em que o trabalho de Iara Silva foi publicado (1985) até os dias atuais, muitos paradigmas foram rompidos e vitórias dos movimentos feministas foram alcançadas. A luta feminina no Direito pode ser lembrada desde a Lei do divórcio, do direito a alimentos, reconhecimento da união estável, entre muitas outras.

No campo penal, somente em 2005, houve alteração do código penal com a Lei 11.106 para retirar o conceito machista de mulher 'honesta', extinção da punibilidade com o casamento da vítima de crimes sexuais com o agressor ou terceiros, há muito já em desacordo com a sociedade atual, mas mantida como expressão do machismo do código penalista brasileiro. Em 2006, Lei Maria da Penha (Lei 11.340) possibilitou um avanço significativo no combate à violência que ocorre no âmbito privado (violência doméstica e familiar).

Em 07.08.2009 o Código Penal passou por sensível mudança no sentido de sepultar para sempre o título dos crimes contra os costumes e substituir por crimes contra

a dignidade sexual. O crime de estupro unificou com ato libidinoso diverso da conjunção carnal e passa a ter como sujeitos passivos (vítimas) homens e mulheres. Nos crimes sexuais, a ação penal se processa mediante representação da vítima e se a vítima for menor de 18 anos ou for vulnerável a ação penal é pública incondicionada, entre outras mudanças significativas contidas na Lei. 12.015/2009.

Muito ainda há que ser feito para que o ordenamento jurídico efetivamente possa garantir igualdade de direitos entre homens e mulheres, pois ainda existem ranços de preconceitos nas práticas judiciais relacionadas à mulher.

A igualdade formal entre sexos, prevista na Constituição de nosso país, revela que homens e mulheres devem ser tratados de forma igual perante a lei. Assim expressa o artigo 5º, parágrafo 1º, inciso I. No entanto, a igualdade material, isto é, o acesso às oportunidades, não se revela de forma plena para as mulheres, em razão do preconceito de gênero, que ainda persiste em nossa sociedade, colocando a mulher em desvantagem social. Daí a necessidade do debate sobre as diferenças necessárias para atender às demandas femininas em todas as áreas da vida social.

Na verdade, as instituições ligadas ao processo de reparação ou busca de direitos não estão preparadas para atender mulheres nessas circunstâncias. A Delegacia de Polícia, a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Poder Judiciário não possuem uma estrutura para receber demandas diretamente dessas mulheres, nem atendê-las para encaminhamento de seus conflitos. O atendimento jurídico de uma mulher quando apresenta sintomas de transtorno mental é encaminhado pelos profissionais a um processo de interdição, é encarado como uma doença, o que leva, muitas vezes, a serem encaminhadas ao Hospital de Clínicas.

Para exemplificar, cito um caso de uma adolescente (16 anos), que chamarei de Andreza, que estava em um abrigo municipal e, em razão dos traumas sofridos em sua vida, teve um momento de encolerização¹⁵¹ – termo usado pelos profissionais do abrigo - que foi submetido a avaliação médica e encaminhada ao atendimento do serviço de saúde mental. A questão levantada pelos profissionais do abrigo é que a adolescente com esse comportamento poderia colocar em risco a sua vida, a vida das demais abrigadas e das profissionais.

Na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), em Belém. Quando chegou uma mulher desesperada, que chamarei de Lúcia, ao gritar que estaria

¹⁵¹ Encolerizar significa causar cólera a; irar, irritar, enraivecer, enfurecer. E também zangar-se, irritar-se, encher-se de cólera.

sendo perseguida por um desconhecido pela via pública, foi levada a sala da Delegada, e naquela ocasião foi colocada em dúvida as informações prestadas por ela, pois as policiais foram buscar informações sobre os familiares de Lúcia. Ao localizarem os parentes mais próximos de Lúcia, receberam a informação de que a versão de Lúcia poderia ser uma fantasia, pois Lúcia era considerada uma pessoa com problema de saúde mental e fazia uso de medicamento controlado, motivo pelo qual foi encaminhada para casa, acompanhada por um familiar. Mas noutros casos, quando uma mulher apresenta comportamentos tidos como inadequados socialmente, e não se consegue localizar nenhum familiar pelo serviço social, a Delegada já teve que acionar o serviço de atendimento médico e encaminhar a mulher ao Hospital de Clínicas de Belém. Na visão da Delegada, as mulheres em situação de sofrimento mental precisam de atendimento médico e depois de atendimento jurídico.

Já no Ministério Público, a Promotoria de Justiça ligada a violência doméstica e a Promotoria de Justiça do Idoso e portadores de necessidades especiais, relataram que algumas mulheres que foram atendidas na Promotoria foram consideradas pela equipe com sintomas de transtornos mentais, sendo que a equipe da Promotoria de Justiça procurou informações sobre as declarações feitas, ouvindo pessoas da família e ao final os procedimentos foram arquivados por falta de consubstanciação da existência do fato apontado como violador de seus direitos para propositura de ação penal ou civil, tendo encaminhado as mulheres para a assistência psicológica e social do Ministério Público.

Nas Varas de Violência Doméstica não foram relatados casos em que vítimas eram mulheres diagnosticadas com transtorno mental. No entanto, nas Varas Criminais, pude acompanhar um processo em que a vítima do crime de estupro era uma mulher considerada pelos médicos como doente mental.

Na Defensoria Pública também não houve relatos de casos de mulheres com transtornos mentais procurando atendimento, somente casos de interdição no qual o familiar procura a Defensoria Pública com intuito de ser nomeado curador para fins de recebimento de numerários referentes ao benefício previdenciário ou assistencial.

O que se percebeu ao longo da pesquisa é que muitos profissionais da área jurídica ainda não estão sensibilizados com a questão da saúde mental da mulher a ponto de tratar de forma diferenciada, atendendo às peculiaridades da mulher diagnosticada com transtorno mental. Isso de alguma forma faz com que essas mulheres sejam violentadas institucionalmente, pois o intuito de tutela e proteção se reveste também em negação de sua existência social reconhecida sob bases de uma cidadania efetiva.

4.3 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO MENTAL

Ao revisarmos as declarações de Direitos Humanos, a partir do século XVIII, tendo como exemplo a Declaração de Direitos do povo da Virgínia, de 1776, e a Declaração Francesa, de 1789, verificaremos que elas possuem uma influência jusnaturalista e racionalista, no qual o homem tinha direitos pelo simples fato de ser uma pessoa, e que seria possível organizar uma sociedade com base na razão¹⁵². Entende-se que tais direitos são superiores ao Estado e incumbe ao ente público à garantia dos direitos individuais.

Nesse contexto, desenvolveu-se a concepção de racionalidade kantiana sobre a dignidade da pessoa humana que dá ênfase à liberdade e autonomia moral. A perspectiva consolidou a ideia do homem como um fim em si e não como um meio, independente de suas crenças ou religião, largamente utilizada na doutrina jurídica mais expressiva como base para a fundamentação de uma conceituação de dignidade da pessoa humana.

Segundo Kant, a dignidade está acima de qualquer preço. Ou seja, a dignidade tem um valor íntimo e não relativo. Assim, a humanidade é a única “coisa” verdadeiramente digna. Neste sentido, aquilo que Kant chama de dignidade exprime o respeito, que, por sua vez, é o fundamento da autonomia de todo e qualquer ser humano (KANT, 1986).

Contudo, podemos dizer que existe uma dificuldade de conceituação clara do que efetivamente seja dignidade, inclusive para efeitos de definição de seu âmbito de proteção como norma jurídica fundamental. Trata-se de conceito de contornos vagos e imprecisos, caracterizado por sua ambigüidade e porosidade. Diferentemente das demais normas fundamentais, não se cuida de aspectos mais ou menos específicos da existência humana, mas sim de uma qualidade tida como inerente a todo e qualquer ser humano. A dignidade passou a ser habitualmente definida como constituindo o valor próprio que identifica o ser humano como tal.

Os séculos XIX e XX, pautados por relações sociais (liberais) injustas e excludentes, ao mesmo tempo, possibilitou o fortalecimento dos movimentos sociais que foram paulatinamente exigindo do Estado o dever de garantir os meios necessários para

¹⁵² Mesa Redonda 3 – Proteção dos direitos humanos e civis dos usuários psiquiátricos no Brasil – por Sueli Gandolf Dallari. In ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Séries de Relatórios Técnicos nº 55. Encontro de parlamentares estaduais sobre legislação psiquiátrica no Brasil. Brasília, 08 e 09 de novembro de 1993. p. 24.

fruição de direitos e liberdades insculpidos nas cartas constitucionais. E organismos internacionais incentivam o desempenho desse papel estatal, daí a importância das declarações internacionais como suporte ideológico e principiológico de direitos humanos.

É prudente esclarecer nesse momento que, a seguir, mostraremos alguns princípios contidos nas declarações internacionais que dão suporte aos direitos humanos aqui levantados, e na sequência, reporto-me especificamente à carta constitucional brasileira, para afirmar que alguns princípios, especialmente, a dignidade da pessoa humana está insculpida como direito fundamental na Constituição de 1988, e precisa ser plenamente efetivada segundo as demandas e peculiaridades individuais e sociais das mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

Desta feita, o mais importante documento elaborado na defesa dos direitos das pessoas com problemas mentais intitula-se *Princípios para a Proteção das Pessoas que Padecem de Enfermidades Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental* da Organização das Nações Unidas (ONU), concluído em 1991, constante no anexo.

No item 6 do princípio 17 deste documento lê-se que:

se a qualquer momento o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, deverá determinar a alta da pessoa da condição de paciente involuntário. (ONU, 1991)

Ora, tais princípios aplicam-se, também, a “... pessoa cumprindo sentenças de prisão por crime... e nas quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental (item 1, do princípio 20).¹⁵³

Assim, seguindo os princípios da Organização das Nações Unidas (ONU), a Declaração de Caracas (1991)¹⁵⁴, produzida na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica pela Associação Panamericana de Saúde, institui os princípios fundamentais da pessoa com transtorno mental afirmando que:

1. A atenção psiquiátrica hospitalar convencional não atende aos seus objetivos por:
 - Isolar o paciente do meio social e, portanto, promover a segregação;

¹⁵³ CINTRA JUNIOR, Dyrceu de A. D. Direito e saúde mental. In Revista de Direito Sanitário. Vol. 2, nº 3. Novembro/2001.

¹⁵⁴ Consta no anexo o texto integral da declaração.

- Afrontar os direitos civis e humanos
 - Consume recursos financeiros
 - Não promove aprendizagem
2. As legislações devem assegurar:
 - Respeito aos direitos humanos e civis
 - Organização de serviços comunitários.
 3. As internações psiquiátricas devem ser feitas, em regra, em hospitais gerais.
 4. O portador de transtorno mental tem direito a¹⁵⁵:
 - Ser tratado com dignidade e respeito;
 - Não ser diagnosticado nem tratado como doente mental por causa política, social, racial ou religiosa nem por outra razão que não seja a sua violência;
 - Receber o melhor tratamento possível e a melhor atenção possível, dentro dos conhecimentos técnicos e conceitos éticos;
 - Comunicação do diagnóstico e os erros de tratamento aplicável;
 - Aceitar ou recusar;
 - Privacidade quanto a sua história clínica;
 - Aceitar ou recusar assistência religiosa;
 - Capacitação e educação;
 - Ter uma personalidade frente à lei, a incapacidade deve ser declarada judicialmente com aplicação do devido processo legal;
 - Não ser discriminado por razões de seu transtorno mental;
 - Trabalhar e ter salário digno¹⁵⁶.

Vale destacar ainda que os direitos enunciados nestes princípios só podem ser limitados por lei que vise proteger a saúde ou segurança da pessoa ou de outrem, ou para assegurar a ordem pública e os direitos e liberdades fundamentais.

Nesse sentido:

- O diagnóstico, ou mesmo a internação psiquiátrica, não são justificativas para qualquer restrição dos direitos da pessoa humana (como, por exemplo, a autodeterminação – ainda que assistida; a suspensão do direito de ser tratado com respeito e consideração à sua condição de pessoa propriamente dita; a não atenção à sua palavra e ao relato de seu sofrimento psíquico-emocional; dentre outras).
- As medidas restritivas, quando necessárias, tem caráter individual e devem ser aplicadas ao “caso particular”.
- A interdição (de direitos), sempre que possível, deve ser parcial, baseando-se na “regra da menor restrição necessária”.
- A interdição de direitos e a internação psiquiátrica devem ter caráter temporário¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Séries de Relatórios Técnicos nº 55. Encontro de parlamentares estaduais sobre legislação psiquiátrica no Brasil. Brasília, 08 e 09 de novembro de 1993. p. 8-9.

¹⁵⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação de Saúde Mental: 1990/2004*. 5ª ed. Brasília: MS, 2004.

¹⁵⁷ A partir de OPAS, Anales de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Washington, DC, pp. 99-100, 1991. Apud HECKERT, U. *A interdição do doente mental*. Trabalho

No âmbito da proteção da mulher, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1981)¹⁵⁸ destaca que:

- Dignidade e valor da pessoa humana significa igualdade de direitos entre homens e mulheres, pois todos os seres humanos nascem livres e iguais em liberdades e direitos, sem distinção alguma, inclusive de sexo;
- "Discriminação contra a mulher" significa toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (artigo 1º).
- Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar (artigo 12).

No mesmo sentido e para coibir a prática de violência contra a mulher e direitos a serem concretizados nos ordenamentos jurídicos internos de cada Estado, países signatários da Organização dos Estados Americanos - OEA lançaram a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), mais conhecida como Carta de Belém do Pará¹⁵⁹, ressaltando que:

- violência contra a mulher significa qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (Artigo 1º);
- Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:
 1. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
 2. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
 3. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (Artigo 2º).

apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, na mesa redonda sobre psiquiatria e leis (setembro de 1994). Editora Científica Nacional, 1996.

¹⁵⁸ Consta no anexo o texto integral da convenção.

¹⁵⁹ Consta no anexo o texto integral da convenção.

Tal preocupação internacional se fundamenta nas várias formas de violência contra a mulher existente em todas as sociedades no mundo. São exemplos dessa violência contra a mulher para Andrade et al,

Desde atos de violência cometidos antes do nascimento (aborto seletivo por sexo) ou na infância em algumas culturas (infanticídio feminino, acesso diferencial à comida e cuidados médicos, iniciação sexual forçada, mutilação genital), até estupro sistemático durante guerras e conflitos sociais e étnicos, tráfico (servidão laboral e sexual e manutenção em cativo), prostituição forçada e violência urbana. As formas mais comuns de violência contra a mulher, no entanto, são perpetradas por seus próprios familiares e parceiros íntimos, envolvendo violência física, psicológica e sexual contra meninas e mulheres adultas, inclusive durante a gravidez e na terceira idade.¹⁶⁰

Neste aspecto, é possível afirmar que a violação dos Direitos Humanos expressa-se no desrespeito à pessoa das mulheres, de onde se conclui que é necessário se realizar uma proteção efetiva e concreta de tais direitos, na medida em o reconhecimento destas questões implica também numa análise mais aprofundada das relações sociais de gênero, que, por sua vez, não estão desvinculadas de outros marcadores de diferenças como o de classe e raça/cor.

Sob essas bases, os direitos da mulher diagnosticada com transtorno mental, o sofrimento psíquico não pode ser pensado de modo uniforme, mas sim a partir de diversos graus e formas de relações.

A ciência jurídica e a médica estão permeadas de preconceitos de gênero, classe, raça e transversalidades que, por estarem naturalizados por visões baseadas em um modelo dominante heteronormativo e eurocêntrico não são claramente percebidos. Mesmo que o debate proposto não dê conta das transversalidades, não posso, todavia, medir esforços para chamar a atenção ao que se coloca, também, como desafio em nome do exercício que se deve fazer de se entender o mundo a partir de suas transversalidades.

No que tange ao debate de direitos humanos, não se pode perder de vista que, embora sejam aplicados, muitas vezes, os termos direitos humanos e direitos fundamentais como sinônimos é necessário ponderar que a análise dogmático-jurídica dos direitos fundamentais se faz à luz do direito constitucional positivo.

Nas palavras de Ingo W. Sarlet, autor da obra *Eficácia dos Direitos Fundamentais*:

¹⁶⁰ Informação disponível no site <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2>. Consulta feita no dia 09.09.09.

... os direitos fundamentais se aplicam para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão direitos humanos guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional)” (Sarlet, 2007: 35-6)

O mesmo autor cita os ensinamentos do jurista espanhol de Perez Luño, afirmando que:

De acordo com (...) Perez Luño, o critério mais adequado para determinar a diferenciação entre ambas as categorias é a concreção positiva, uma vez que o termo “direitos humanos” se revelou conceito de contornos mais amplos e imprecisos que a noção de direitos fundamentais, de tal sorte que estes possuem sentido mais preciso e restrito na medida em que constituem o conjunto de direitos e liberdades institucionalmente reconhecidos e garantidos pelo direito positivo de determinado Estado, tratando-se, portanto, de direitos limitados espacial e temporalmente, cuja denominação se deve ao seu caráter básico e fundamentador do sistema jurídico do Estado de Direito (Sarlet, 2007: 38).

Perez Luño ressalta ainda que “a positivação dos direitos fundamentais é produto de uma dialética constante entre o progressivo desenvolvimento das técnicas de seu reconhecimento na esfera do direito positivo e a paulatina afirmação, no terreno ideológico, das ideias da liberdade e da dignidade humana” (Sarlet, 2007: 44).

Assim, os princípios do Direito encontram-se num plano de referência abstrata e, como tal, podem ser mobilizados para a concretização de direitos que são garantidos às pessoas enquanto possuidoras de dignidade. Sem esta consideração de que todo e qualquer ser humano é digno de respeito, atenção e direitos não seria possível tratar daquilo que as mulheres que se encontram em tratamento no serviço de saúde mental do Hospital de Clínicas (HC) têm enquanto prerrogativa para o exercício de sua cidadania.

Assim, é importante considerar que o princípio da dignidade é uma característica inerente a todo e qualquer sujeito, na medida em que se pode lhe atribuir humanidade. Nesse sentido, a marca constitutiva de todos os indivíduos perpassa pela possibilidade de um tratamento paritário e respeitoso, levando-se em consideração as diversidades, especificamente quando esta requer cuidados especiais.

A dignidade, assim ressignificada, presta-se como um critério basilar para o reconhecimento dos direitos das mulheres em tratamento de saúde mental no HC e em

outras instituições com este mesmo propósito, visto que, essas mulheres não podem ter sua condição de humanidade diminuída ou limitada em razão da necessidade de cuidados especiais, a fim de que sua integridade física e emocional seja mantida, assim como seus direitos e sua cidadania seja garantida.

A dignidade da pessoa humana – notadamente de toda e qualquer mulher diagnosticada com transtorno mental -, pode ser deduzida da própria Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ressalta-se que em nossa Carta Magna, os Direitos Fundamentais não podem ser encarados como razões de Estado e nem, tampouco, a cidadania pode ser compreendida como uma concessão. Efetivamente falando, a Constituição de 1988 propõe a defesa da dignidade da pessoa humana reconhecendo-lhe, pois, a existência de certa disposição normativa capaz de reclamar eficácia (SARLET, 2007). Por outro lado,

“(…) ao destacarmos o reconhecimento da dignidade da pessoa pela ordem jurídico-positiva, certamente não se está afirmando... que a dignidade da pessoa humana exista apenas onde e à medida que seja reconhecida pelo Direito. Todavia, do grau de reconhecimento e proteção outorgado à dignidade da pessoa por cada ordem jurídico-constitucional e pelo Direito Internacional, certamente irá depender sua efetiva realização e promoção, de tal sorte que não é por menos que se impõe uma análise do conteúdo jurídico ou, se assim preferirmos, da dimensão jurídica da dignidade no contexto da arquitetura constitucional prática, designadamente, a força jurídica que lhe foi outorgada na condição de norma fundamental.” (SARLET, 2007: 70)

É, portanto, neste sentido, que, ainda de acordo com Sarlet (2007), a noção de dignidade comporta uma abrangência materialmente aberta, em termos da pertinência dos Direitos Fundamentais que se fazem presentes na Constituição de 1988. Segundo este autor, a materialidade desse conjunto de Direitos reside na sua possibilidade mesma de realização, ao passo que a sua abrangência, na acepção própria de amplitude, abarca tanto os direitos individuais, quanto os direitos sociais. Levando-se em conta, finalmente, a presença de tais direitos no texto constitucional, eles ainda podem ser explícitos ou implícitos.

No caso, pois, da dignidade da pessoa humana, é possível assentar que se trata de um direito fundamental de natureza ampla que, por sua vez, protege indivíduos e grupos sociais das arbitrariedades do Estado e de quem quer que seja, de modo que tal Direito encontra-se objetivamente explícito no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, completando seus propósitos ao longo do disposto em todo o artigo 5º da mesma

CF/88. Isto significa dizer que o princípio da dignidade pode ser realizado no contexto dos sistemas jurídicos locais respeitando a ordem constitucional de cada Estado.

Assim, a maneira como as mulheres diagnosticadas com transtorno mental são avaliadas e tratadas não deve desconsiderar qualquer possibilidade de atribuir-lhes a capacidade de decidir acerca de suas vidas. No entanto, o que se percebe, atualmente, é que elas são reduzidas a uma doença que impõe uma tutela institucional, isto é, são assistidas, mas não com respeito à sua condição de pessoa que necessita de cuidados especiais. É necessário romper com esse sistema, visando possibilitar que as mulheres possam dedicar-se, minimamente, às tarefas básicas que dão sentido a sua existência.

Partindo do pressuposto da dignidade da pessoa humana como um princípio e um valor fundamental que precede o ordenamento jurídico, mas que nele se corporifica, na medida em que encontra espaço para sua efetivação mediante normas que objetivam garantir, por exemplo, um tratamento condigno e o exercício da cidadania, é possível defender a existência de uma agenda que visa proteger os direitos humanos das mulheres, de modo que as que são diagnosticadas com transtorno mental possam ter amparo, não apenas em práticas terapêuticas, mas sim no próprio corpo da sociedade, visto que é mais do que justo que elas tenham o direito de serem ouvidas e acolhidas como mulheres e cidadãs.

No Brasil, a Política de Saúde Mental prevista na Lei nº 10.216 adotou princípios que visam à cidadania da pessoa com transtorno mental, assim definida:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Muito embora, a realidade vivenciada pelas usuárias dos serviços de saúde mental seja ainda muito aquém das normas acima referidas, pois o melhor tratamento é aquele que atende as necessidades da mulher, sendo que a humanidade, o respeito e a proteção devem existir em prol de quem recebe o atendimento, é necessário mencioná-las como ideal a ser concretizado, buscando ao fim e ao cabo cumprir o que dispõe a Constituição Federal no que tange à na proteção da cidadania e da dignidade da pessoa humana e ainda a construção de uma sociedade livre, justa, solidária, promovendo o bem de todos sem qualquer forma de discriminação.

Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único - Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 3º - Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Como se pode construir uma nação livre, justa e solidária, discriminando as mulheres e aderindo a tratados internacionais¹⁶¹ sem buscar efetivá-los em suas políticas públicas? Atingir esses objetivos fundamentais previstos na Constituição significa reduzir a discriminação contra a mulher, tanto no tratamento de saúde quanto no trato jurídico de suas demandas.

¹⁶¹ A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas através da Resolução 34/180, em 18 de dezembro de 1979. Foi assinada pelo Brasil, com reservas na parte relativa à família, em 31 de março de 1981, e ratificada pelo Congresso Nacional, com a manutenção das reservas, em 1º de fevereiro de 1984. Em 1994, o governo brasileiro retirou as reservas, ratificando plenamente toda a Convenção. No Brasil, essa Convenção tem força de lei interna, conforme o disposto no § 2º do artigo 5º da Constituição Federal vigente. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foi aprovada em 06.06.1994 e ratificada pelo Brasil em 27.11.1995. A carta de Princípios para a Proteção das Pessoas que Padecem de Enfermidades Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental da Organização das Nações Unidas, Resolução 46/119 da ONU, de 17 de dezembro de 1991, foi baseada no Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), tratado firmado em meados de 1966 e assinado pelo Brasil em 1992. A resolução mencionada acima passou a integrar o PIDESC. A Convenção de Caracas (1990) foi ratificada pelo Brasil em 24.01.1992.

Dão suporte a essa demanda, a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1981), pois a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social econômica e cultural de seu país, constituindo um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificultando o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade. E, segundo o artigo 12 da referida norma internacional:

Artigo 12

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

Assim, todo atendimento que desconsidere a peculiaridade feminina é uma forma de discriminação. E mais, essa discriminação pode ensejar violações de direitos humanos, pois a violência a que nos referimos é toda ação ou omissão que cause ou reforce ofensa à dignidade da mulher no aspecto físico ou emocional concernentes à forma de tratamento, aos preconceitos de gênero existentes nas práticas médica e jurídica, a ausência de um sistema de proteção integral que envolva a mulher diagnosticada com transtorno mental.

Nesse sentido, a carta de princípios da ONU (1991) estabelece que:

Princípio 8

1. Todo paciente terá o direito de receber cuidados relativos à saúde, bem como ao aspecto social, adequados às suas necessidades. Terá, ainda, o direito de ter cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões recebidos por outras pessoas portadoras de quaisquer enfermidades.
2. Todo paciente será protegido de qualquer dano, incluindo medicações injustificadas, abusos quer cometidos por outros pacientes ou por funcionários dos hospitais, ou mesmo contra quaisquer atos que causem sofrimento ou desconforto físico.

Desta forma, penso que o debate sobre a construção da dignidade para as mulheres diagnosticadas com transtorno mental apenas se inicia no contexto paraense e brasileiro, buscando alternativas que visem superar tanto as iniquidades no tratamento de saúde mental dispensado às mulheres diagnosticadas com transtorno mental, quanto, ainda, as iniquidades presentes na tutela jurídica dessas mulheres. A construção dessa dignidade é fundamental para que ocorra o empoderamento necessário para que elas possam ser compreendidas e protegidas condignamente.

4.4 PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

Embora não exista uma política pública específica em torno da questão da saúde mental da mulher, podemos recorrer às disposições do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que, por sua vez, está ligada à Presidência da República, como recurso disposto a garantir igualdade das mulheres no cenário público brasileiro.

Para a construção do II PNPM foi necessário reconhecer que através de intensa mobilização da sociedade civil – de entidades, movimentos, órgãos públicos - no tocante ao estabelecimento da perspectiva de gênero em diálogos cada vez mais ampliados de valorização das diversidades. Para promoção da cidadania e dos direitos (humanos e fundamentais) das mulheres, o II PNPM estabelece os seguintes princípios e definições (Quadro 5):

QUADRO 5 – PRINCÍPIOS E DEFINIÇÕES CONTIDAS NO II PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

PRINCÍPIOS	DEFINIÇÕES
IGUALDADE E RESPEITO À DIVERSIDADE	mulheres e homens são iguais em seus direitos e sobre este princípio se apóiam as políticas de Estado que se propõem a superar as desigualdades de gênero. A promoção da igualdade requer o respeito e atenção à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, de situação econômica e regional, assim como aos diferentes momentos da vida. Demanda o combate às desigualdades de toda sorte, por meio de políticas de ação afirmativa e consideração das experiências das mulheres na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.
EQUIDADE	o acesso de todas as pessoas aos direitos universais deve ser garantido com ações de caráter universal, mas também por ações específicas e afirmativas voltadas aos grupos historicamente discriminados. Tratar desigualmente os desiguais, buscando-se a justiça social, requer pleno reconhecimento das necessidades próprias dos diferentes grupos de mulheres.
AUTONOMIA DAS MULHERES	deve ser assegurado às mulheres o poder de decisão sobre suas vidas e corpos, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e país, e de romper com o legado histórico, com os ciclos e espaços de dependência, exploração e

	subordinação que constroem suas vidas no plano pessoal, econômico, político e social.
LAICIDADE DO ESTADO	as políticas públicas de Estado devem ser formuladas e implementadas de maneira independente de princípios religiosos, de forma a assegurar efetivamente os direitos consagrados na Constituição Federal e nos diversos instrumentos internacionais assinados e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas.
UNIVERSALIDADE DAS POLÍTICAS	as políticas devem ser cumpridas na sua integralidade e garantir o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais para todas as mulheres. O princípio da universalidade deve ser traduzido em políticas permanentes nas três esferas governamentais, caracterizadas pela indivisibilidade, integralidade e intersetorialidade dos direitos, e combinadas às políticas públicas de ações afirmativas, percebidas como transição necessária em busca da efetiva igualdade e equidade de gênero, raça e etnia.
JUSTIÇA SOCIAL	implica no reconhecimento da necessidade de redistribuição dos recursos e riquezas produzidas pela sociedade e na busca de superação da desigualdade social, que atinge as mulheres de maneira significativa.
TRANSPARÊNCIA DOS ATOS PÚBLICOS	deve-se garantir o respeito aos princípios da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, com transparência nos atos públicos e controle social.
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	devem ser garantidos o debate e a participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas.

Fonte: II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008, 204p.

Como se pode ver no quadro acima, os princípios que definem a implementação de políticas públicas para as mulheres – como diretrizes em nome da igualdade de gêneros – relacionam-se entre si de modo a tentar promover a justiça social, na busca da superação de toda sorte de desigualdades. Nestes termos, o jurista norte-americano Ronald Dworkin destaca que a “igualdade de recursos”, baseada em parâmetro socialmente válidos, deve promover, distributivamente, aquilo que se chama de “justiça

material”, segundo as demandas e necessidades dos grupos socialmente vulneráveis (DWORKIN. 2005)¹⁶².

Com efeito, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) procura romper com a limitação presente no tratamento de mulheres diagnosticadas com transtorno mental. De um modo bastante geral, pode-se dizer que a meta fundamental do II PNPM é implantar cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero.

QUADRO 6 – META E PRIORIDADE RELATIVAMENTE À SAÚDE MENTAL DA MULHER DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO MENTAL

O II PNPM e a saúde mental da mulher	
META	PRIORIDADE
Implantar cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero.	Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais;

Fonte: II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008, 204p.

Nesse sentido, a prioridade do II Plano é, justamente, promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais. No projeto da secretaria especial de política para as mulheres, a questão da cidadania da mulher com sofrimento psíquico, vista sob a ótica da saúde e gênero, ainda está em fase de estudo e implantação.

Retomando a pesquisa de campo junto às mulheres com transtorno mental, é válido pontuar que - além dos casos já elencados - tive conhecimento de outras situações que expressam uma clara violação de direitos humanos das mulheres.

Um desses casos foi relatado por um membro da equipe de saúde mental. Ele relatou que: “em casos graves de retardo mental em mulheres que já estiveram em estado de gravidez, os familiares pedem para se fazer a esterilização (laqueadura das trompas). As crianças, concebidas por essas mulheres ou são encaminhadas para entidades de adoção, ou ficam com os próprios familiares, e podem ser até abandonadas”.

A questão é que, nesses casos de retardo mental grave, são feitas essas cirurgias esterilizadoras sem dimensionar a questão a partir da mulher. O assunto é tratado com certo sigilo e resume-se pela saída mais cômoda para os familiares. Esteriliza-se a mulher

¹⁶² DWORKIN, Ronald. *A Virtude Soberana; a teoria e a prática da igualdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

com transtorno mental grave. Assim, os abusos sexuais podem continuar a ocorrer sem o inconveniente da prole advinda dessa violência. O mais grave é que não há investigação sobre os casos, seja para descobrir a paternidade, seja para comprovar a autoria do crime de estupro.

Outra situação gravíssima de violação de direitos humanos das mulheres chegou-me ao conhecimento através do relato de mulheres que já estiveram internadas no HC. Eram casos de estupro e abuso sexual. Algumas pessoas da equipe de saúde mental, a partir dos relatos dessas mulheres, afirmam que já ocorreram situações em que um funcionário do hospital ou um paciente mantinha relações sexuais forçadas com mulheres internadas, especialmente, durante o repouso noturno, quando o número de técnicos que trabalha no local diminui. Acrescento que algumas mulheres passam à noite contidas fisicamente, isto é, amarradas a cama, ou dopadas quimicamente, sendo alvo fácil para esse tipo de crime sexual. As alas masculinas e femininas são interligadas por um salão comum. E a equipe de saúde mental possui técnicos e profissionais de ambos os sexos trabalhando nas duas alas.

Tais fatos são graves, mas não se tem notícia de nenhuma sindicância ou processo administrativo disciplinar instaurado internamente para apurar essa situação. Tampouco existe inquérito policial instaurado. As mulheres relataram situações dessa natureza que foram, evidentemente, negadas pelos supostos agressores. E ficaram por isso mesmo. Mais uma vez, o silêncio e a tolerância para com a violência, gerando impunidade.

No que se refere ao desrespeito aos direitos humanos dentro de instituições de assistência psiquiátrica, é importante destacar que, segundo Prado (1999)¹⁶³, além da análise sanitária e institucional, é fundamental observar os aspectos clínicos e, também, as implicações éticas e jurídicas do tratamento oferecido nesses espaços. Ora, de acordo com o autor existe uma completa “(...) *ausencia de derechos humanos em los pacientes psiquiátricos ingresados en instituciones manicomiales sin adecuadas condiciones de tratamiento.*” (PRADO. 1999. p. 246)

Na opinião do mesmo autor, nos últimos anos tem-se observado um aumento do interesse da comunidade internacional pelo tratamento das pessoas que padecem ou sofrem de alguma enfermidade mental. Segundo Prado (1999), este interesse está intimamente relacionado com a “(...) *preocupación internacional por la protección de las personas que se encuentran en situación desventajosa y cuyos derechos se ven a menudo*

¹⁶³ PRADO, Ramón. La Psiquiatría: Ética y Derechos Humanos. *Ver. Hosp. Psiq. Hab.* XL (3) sep-dic. 1999: 242-256.

restingidos” (p. 250). Prado observa, ainda, que as pessoas com transtorno mental são bastante vulneráveis e que, por isso mesmo, necessitam de uma atenção diferenciada.

De acordo com o autor, tem que se evitar, ao máximo, que as pessoas portadoras de transtorno mental tenham, necessariamente, os seus direitos humanos restringidos . Neste sentido, Prado (1999) destaca que, da relação entre ética e justiça, relativamente à atenção e ao tratamento dos portadores de transtornos mentais, deve-se salientar os seguintes direitos:

- I. Direito do portador de transtorno mental a ser tratado em todo momento com a solicitude e o respeito à dignidade própria de sua conduta como pessoa.
- II. Direito a não ser qualificado como “doente” mental e nem ser objeto de diagnóstico ou tratamento nessa condição por razões políticas, sociais, raciais, religiosas e outro motivos distintos ao estado de sua saúde mental.
- III. Direito a receber a melhor atenção e tratamento apropriado menos restritivo, segundo as mais elevadas normas técnicas e éticas.
- IV. Direito a ser informado sobre seu diagnóstico e um tratamento mais adequado e menos rigoroso, e de prestar e revogar seu consentimento para recebê-lo.
- V. Direito a não ser objeto de provas clínicas nem de tratamentos experimentais sem seu consentimento.
- VI. Direito a que se mantenha a confidencialidade das informações apontadas pelo paciente.
- VII. Direito a receber educação, capacitação e possibilidade de trabalhar.
- VIII. Direito a não ser discriminado ilegalmente no gozo do exercício de seus direitos, em atenção ao seu estado de saúde.

Levando, pois, em consideração as observações de Prado (1999), é lícito afirmar que as falas das mulheres com transtorno mental e os demais depoimentos colhidos em campo expressam um situação desrespeitosa e bastante indigna. Aliás, quando se fala em violação de direitos humanos, deve-se aplicar como critério corretivo, qual seja, o da dignidade. Muito embora tal critério possua todo um caráter metafísico e, portanto, abstrato, deve-se considerar, à esteira de Dworkin que, para o reconhecimento desse valor intangível, é necessário, também, reconhecer que os sujeitos são portadores de autonomia. De acordo com o filósofo, para este conceito,

Devemos encontrar uma explicação mais plausível do objetivo da autonomia e nos perguntar se os pacientes demenciados teriam direito à autonomia de acordo com tal explicação. A alternativa mais plausível enfatiza a integridade, não o bem-estar do agente capaz de fazer uma escolha (aquele que irá eleger o caminho solucionador do conflito fático, como, por exemplo, o médico); nos termos dessa concepção, o valor da autonomia deriva da capacidade que protege: a capacidade de alguém expressar seu caráter – valores, compromissos, convicções e interesses críticos e experienciais – na vida que leva. O reconhecimento de um direito individual de autonomia torna possível a

autocriação. Permite que cada um de nós seja responsável pela configuração de nossas vidas de acordo com nossa própria personalidade – coerente ou não, mas de qualquer modo distintiva. Permite que cada um conduza a própria vida, em vez de se deixar conduzir ao longo desta, de modo que cada qual possa ser, na medida que um esquema de direitos possa tornar isso possível, aquilo que fez de si próprio. Permitimos que um indivíduo prefira a morte a uma amputação radical ou a uma transfusão de sangue, desde que tenha havido uma informação prévia de tal desejo, porque reconhecemos o direito que ele tem de estruturar sua vida de conformidade com seus próprios valores. (DWORKIN 2003 : 319).

Como podemos observar, a defesa dos direitos humanos envolvem uma argumentação de princípios que se relacionam e se implicam reciprocamente. Ou seja, não se pode argumentar acerca de temas como dignidade sem considerar a autonomia e vice-versa. Nestes termos, os direitos humanos das mulheres com transtorno mental somente fazem sentido quando se leva em consideração a possibilidade dessas mesmas mulheres serem consideradas dignas de respeito, enquanto cidadãs e, portanto, titulares dos direitos políticos e civis que, verdadeiramente, possuem.

É neste sentido, portanto, que devemos pensar na inclusão das mulheres diagnosticadas com transtorno mental no âmbito da participação efetiva no circuito de direitos que lhes devem ser conferidos, a partir, obviamente, do reconhecimento de sua condição de pessoa humana. Ora, se a Lei nº 10.216/2001 procura humanizar o tratamento psiquiátrico, reconhecendo a cidadania da mulher “louca” e, também, a Lei nº 11.340/2006 visa proteger a mulher de potenciais violências (doméstica e familiar), o II Plano Nacional de Políticas das Mulheres (PNPM) amplia o reconhecimento de direitos, o que permite considerar que os casos analisados nesse estudo denotam abuso e violação de direitos, na medida em que ferem o princípio da dignidade, que, por sua vez, constitui-se no pressuposto do exercício pleno da cidadania.

No que diz respeito a este conceito específico, BARSTED (1994)¹⁶⁴ escreve que, originado na Europa do século XVIII, a noção de cidadania tornou-se:

... crucial para o debate político brasileiro, travado no final da década de 70. Vislumbrava-se, na época, a perspectiva de redemocratização do Estado brasileiro, e tal expectativa colocou na ordem do dia a necessidade da implantação de um ideário da modernidade, sintetizado nas demandas por liberdade e igualdade, envolvendo homens e mulheres. (BARSTED. 1994: 9)

¹⁶⁴ BARSTED, Leila de Andrade. Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas. RJ: Cadernos CEPIA (CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO). pp. 1-61. (mimeo).

Embora não se tenha como escopo apresentar soluções prontas e acabadas às questões formuladas sobre violação de direitos humanos das mulheres praticados pelas instituições (médica e jurídica), levando em conta as implicações dessas decisões na vida dessas mulheres diagnosticadas com transtorno mental é um avanço ouvir e perceber como essas mulheres concebem a proteção que o Estado lhes oferece, a fim de que possamos refletir sobre que perspectiva de dignidade e cidadania que elas possuem em nossa sociedade e buscar alternativas para sua concretização, consoante o mandamento constitucional que prevê igualdade de tratamento entre homens e mulheres e que proíbe discriminações negativas em nosso país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da coleta dos dados, o trabalho foi tomando um rumo próprio em relação às inúmeras formas de violação de direitos humanos relatadas pelas mulheres diagnosticadas com transtorno mental e pela equipe de saúde mental, na medida em que se propôs dar visibilidade e escuta social para suas demandas, sendo que foi possível trazer ao lume as suas principais queixas como sendo: a perda da guarda dos filhos, a separação conjugal, a desconsideração de sua situação emocional peculiar durante o tratamento e eventuais processos judiciais a que foram submetidas.

Observando, escutando essas mulheres e tomando contato a partir de sua visão de mundo é possível compreender a violação de direitos a que foram submetidas frente aos mecanismos institucionais dirigidos ao seu tratamento e as sucessivas perdas de sua dignidade. Partindo de como elas percebiam as violações de direitos que sofriam é que o presente trabalho se estruturou, tendo como suporte jurídico os princípios norteadores da proteção da pessoa com transtorno mental e do combate a toda forma de discriminação e violência contra a mulher.

Conforme propugna a Carta de Princípios da Organização das Nações Unidas (1991) sobre a proteção das pessoas com problemas mentais e para melhoria da assistência à saúde mental, não se admite mais discriminações ou exclusões que partam do estigma da doença mental, e, por consequência, impõe a busca da inclusão social e de mecanismos para reduzir as diferenças existentes no atendimento dessas pessoas.

Com efeito, verificou-se que a proibição de discriminação da pessoa com transtorno mental permite que sejam incorporadas outras demandas, notadamente, as relacionadas à proteção das especificidades das mulheres no atendimento de saúde mental. Logo, conceber o tratamento de saúde contemplando questões de gênero permitirá que o atendimento seja diferenciado para proporcionar qualidade na assistência e resultados menos violadores da dignidade da mulher.

Não se pode perder de vista que o tema perpassa pela necessidade de inclusão dessas pessoas, especialmente, das mulheres como sujeitos plenos de direitos, protegendo-as das formas institucionais de aprisionamento e normalização que reduzem sua cidadania. Ora, em se tratando deste aspecto, o que se observou é que no Hospital de Clínicas, em Belém, o tratamento de saúde mental dispensado em alguns casos ainda se fundamenta na segregação social – como, por exemplo, na internação psiquiátrica –,

retirando, ainda que temporariamente, a liberdade de ir e vir das mulheres em internação psiquiátrica.

A mulher no setor de internação psiquiátrica é obrigada a seguir todas as prescrições médicas e da equipe social, sob pena de não sair dessa condição adversa. Ou seja, retira-se também a autonomia, a vontade, impondo-se as regras que vão desde o uniforme, os horários para refeições e descanso, a impossibilidade de ter objetos de uso pessoal e que são marcas da feminilidade e assim por diante, reduzindo o ser humano a um fantoche despojado de sua própria vida e liberdade em comunidade.

Ademais, a partir dos relatos de campo, pude constatar iniquidades no tratamento do serviço de saúde mental, especialmente, quando o atendimento era dispensado às mulheres de baixa renda, negras como as quais tive a oportunidade de conversar e observar. O que percebi foi que os profissionais da saúde mental não entendiam as demandas das mulheres, concentrando-se apenas no diagnóstico e tratamento da doença mental. Logo, não foram sensibilizados para um olhar de gênero que preconize a mulher em tratamento e suas especificidades.

Muitos profissionais me afirmaram que não existia tratamento diferenciado entre homens e mulheres, e é justamente essa suposta igualdade e neutralidade no tratamento que precisa ser desmistificada, pois as mulheres estavam em uma situação de desigualdade, de discriminação velada na forma de escuta, no silenciamento das suas perdas e das violências que experimentaram em suas vidas.

Logo, a presente pesquisa contribui para evidenciar a necessidade de um tratamento diferenciado no serviço de saúde pública, especialmente, na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HC), para mulheres diagnosticadas com transtorno mental, mostrando que, embora estejam naturalizadas as regras que simulem uma igualdade formal entre homens e mulheres atendidos, há um sofrimento maior para a mulher por não se observar sua singularidade feminina que precisa ser mais debatida e incluída na agenda política de saúde mental do estado do Pará e do país.

Nesse sentido, tive a oportunidade de participar de alguns debates sobre a política estadual de saúde mental no Pará, ocasião em que foram esposados alguns dos aspectos contidos na pesquisa, despertando a atenção para a necessidade de incorporar gênero à política de saúde mental, além de melhor estruturar os serviços de saúde mental que atualmente se concentram apenas na capital e poucos municípios paraenses. Assim, a maioria da população paraense ainda se encontra alijada de adequado tratamento de saúde mental.

A Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, no estado do Pará, é instituição hospitalar que dispõe de melhor corpo técnico e setor específico para atendimento da demanda de saúde mental, e ainda assim enfrenta muitas dificuldades, como pude observar.

Os médicos psiquiatras, devido ao volume de atendimento, descreviam sucintamente as situações que ocasionaram a busca pelo sistema de saúde mental, e desconfiavam do discurso apresentado pelas mulheres atendidas devido ao estigma das mulheres tentarem simular os sintomas da doença que os médicos investigavam nas pacientes. Os indícios de violência (traumas) se situavam em segundo plano no atendimento médico, pois o foco é a doença mental.

Com efeito, além de o tratamento institucional invisibilizar as diferenças e individualidades de cada mulher ali atendida, sua palavra não gozava de crédito, sendo desconsiderada pelos profissionais da saúde mental, valorizando-se a fala do acompanhante/familiar no confronto de versões entre a mulher atendida e o acompanhante/familiar.

A situação se agrava quando a mulher relatava uma situação de violência que sofreu no âmbito doméstico ou até hospitalar. A questão da violência costuma ser abafada, escondida, negada pelo familiar ou profissional da saúde mental, desprotegendo a mulher que se encontra em atendimento, quando a instituição de saúde mental, ao tomar conhecimento de indícios de violência, deveria encaminhar o caso para autoridades policiais ou ao Ministério Público para providências pertinentes. Ou seja, em razão da desconsideração ou relativização da fala da mulher diagnosticada com transtorno mental, torna-se ainda mais vulnerável a sofrer qualquer ato de violência, como a violência institucional.

Noutro aspecto, é preciso reconhecer que as condições das instalações não eram adequadas para atender condignamente a demanda espontânea que procurava o Hospital de Clínicas paraense. Paulatinamente, entre os anos de 2008 a 2009, uma reforma no prédio ampliou a sala de espera para atendimento emergencial, acabando com a concentração de usuários e familiares no salão de espera. No entanto, o serviço do hospital-dia foi encerrado e remanejado os casos que ali se encontravam para Centros de Apoio Psicossocial dos bairros mais próximos às residências dos usuários.

A insuficiência de leitos frente à procura continua a mesma, embora a política de saúde mental atual pugne pela redução de leitos de internação psiquiátrica e pela

utilização de leitos em hospitais gerais para atendimento de pessoas com transtorno mental. Tal política tenta diminuir o isolamento e a segregação desses atendimentos.

Entretanto, embora se note um esforço institucional ainda tímido para atender às novas exigências legais e de inclusão das pessoas em tratamento de saúde mental, a rotina pouco se alterou na instituição hospitalar, cheia de normas de disciplinamento, especialmente com relação às mulheres atendidas, que são obrigadas a se destituir de toda marca simbólica da feminilidade para adequar-se às normas, o que justifica a afirmação de que o lugar dá a impressão de uma prisão.

Com efeito, modificar a realidade em que as mulheres diagnosticadas com transtorno mental se encontram deve partir de todos os segmentos da sociedade, especialmente, os que se destinam a discutir direitos humanos, permitindo uma sensibilização à temática de gênero e criando mecanismos para combater todas as formas de violação da dignidade da pessoa com transtorno mental, como prevê a resolução da ONU (1991) e outras normas internacionais pertinentes, e também as normas internas previstas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da política nacional de saúde mental.

O princípio da dignidade precisa ser efetivamente concretizado a partir das demandas trazidas pelas próprias mulheres atendidas pelo serviço de saúde mental e pelos movimentos sociais relacionados à defesa dos seus direitos, que precisam se organizar para promover sua garantia.

Nesse sentido, observo que as políticas públicas para mulheres e para saúde mental existentes no Brasil ainda são embrionárias e precisam de mobilização para contemplar as demandas das mulheres diagnosticadas com transtorno mental, especialmente quando ocorrem situações de violência, seja antes, durante ou após o tratamento, o que leva a uma recaída e retorno ao serviço de saúde mental.

O serviço de saúde mental se desdobra ainda na necessidade de um debate sobre a qualidade do atendimento destinado à mulher na rede de saúde pública, que deveria se pautar no atendimento integral do ser humano e que é bastante deficitário.

Por outro lado, não é somente o campo da instituição médica que precisa de reformulações no olhar e no cuidado da mulher diagnosticada com transtorno mental, a seara jurídica, que também tem como finalidade a proteção integral do ser humano, precisa de mais sensibilidade para tratar dos interesses dessas mulheres a fim de que seu ponto de vista e a sua melhoria sejam efetivamente considerados nas decisões judiciais que lhes afetam direta ou indiretamente.

A partir dos relatos empíricos e dos princípios que norteiam os direitos humanos das mulheres, o presente trabalho contribui para a reflexão sobre o modelo existente e para a necessidade de construção de um modelo integrado de atenção à saúde mental de mulheres no estado do Pará.

Com efeito, discutir o conjunto das violações de direitos enfrentadas, por exemplo, pelas informantes que dão vida a presente dissertação, implica numa tentativa de aproximar o debate o Direito da Antropologia, mediante bases hermenêuticas que possibilitam vislumbrar outros rumos para um tratamento digno a mulheres que apresentam estes sofrimentos mentais.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABREU, Cristiano Nabuco (et al). **Síndromes Psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ALARCON, Sérgio. **Nos limites da desmesura: aforismos sobre reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial no Brasil**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2002.

ANDRADE *Laura Helena S. G* et al. Epidemiologia dos transtornos mentais na mulher. Revista de Psiquiatria Clínica. Disponível no endereço eletrônico do site: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>>. Consulta dia 09.09.09.

AZEREDO, Sandra. **Teorizando sobre gênero e relações raciais**. In Revista de Estudos Feministas. CIEC/ECO/UFRJ. N° especial, 2° semestre, 1994.

BARROS, Denise D. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber**. In AMARANTE, Paulo. Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. FIOCRUZ, 1994.

BARROS, Sônia; EGRY, Emiko Yoshikawa. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da enfermagem psiquiátrica sub judice**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BARSTED, Leila de Andrade. **Violência contra a mulher e cidadania: avaliação de políticas públicas**. RJ: Cadernos CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), 1994.

BARSTED. Leila Linhares. “A Cidadania Feminina em Construção” In: ALMEIDA et al. Violência Doméstica – Bases para a Formulação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Reinventar, 2003, pp. 7-12.

BITENCOURT, Cezar R. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação de Saúde Mental: 1990/2004**. 5ª ed. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940** (Código Penal Brasileiro).

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001** (Política Nacional de Saúde Mental).

BRASIL. **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002** (Novo Código Civil Brasileiro).

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006** (Lei Maria da Penha).

BRASIL. Ministério da Saúde (2007). **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório 2003-2006. Disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 09.09.09

BOURDIEU, Pierre. **O Poder simbólico**, Lisboa, DIFEL, 1989.

_____. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

CARDOSO, Ruth. (org.) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: UNESP, 2000.

CARLOTO, Cássia Maria. **Conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais**. Texto retirado da internet <www. jc_v3n2_genero.htm> acesso em 07.03.08.

CHAUÍ, Marilena. **O discurso competente**. In Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas. 5ª Ed. São Paulo: Cortez Ed, 1990.

CINTRA JUNIOR, Dyrceu de A. D. **Direito e saúde mental**. In Revista de Direito Sanitário. Vol. 2, nº 3. Novembro/2001.

CONRADO, Mônica Prates. **A fala dos envolvidos sob a ótica da lei: um balanço da violência a partir da narrativa de vítimas e indiciados em uma Delegacia da Mulher**. Bol. Museu Emílio Goeldi. Série Ciências Humanas. Belém, v.01, n. 02. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.598/2000** – Normaliza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.

DALLARI, M. Sueli. **O Estado Brasileiro e o Direito à Saúde**. São Paulo: Ed Hucitec., 1995.

DIAS, M. **Saúde mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 23. p 86-95, dezembro de 2001.

DREZETT, Jefferson. **Programa de Assistência integral à vítima de Violência Sexual**. In Anais da Reunion Internacional Violencia: Etica, Justicia y Salud pra La Mujer. Monterrey, Nuevo Leon, México, Agosto, 2000.

_____. **Aspectos Biopsicossociais da violência sexual**. In Anais da Reunion Internacional Violencia: Etica, Justicia y Salud pra La Mujer. Monterrey, Nuevo Leon, México, Agosto, 2000.

DWORKIN, Ronald. **O Império do Direito**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2004.

_____. **A Virtude Soberana; a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FREUD, Sigmund. **O Futuro de uma Ilusão, O Mal-estar na Civilização e Outros Trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1977.

_____. **Sobrado e Mucambos**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1968.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France**. Tradução Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1997.

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France**, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 10ª São Paulo: Ed. Edições Loyola, 2004.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Cadernos da PUC (16). Rio de Janeiro, 1978.

_____. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994, vol. IV, pp. 777-783. (Verité, pouvoir et soi. (entretien avec R. Martain, Université du Vermont, 25 de octobre 1982), Traduzido por Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/>>, acesso em 08.08.09.

FLOREZ, J. A. **Salub mental y derechos humanos: la experiência internacional**. Medicina legal. Diciembre 93/mayo94.

GARRETT, Marina Batista. Artigo **Da divisão didática à unicidade material: um estudo das gerações dos direitos fundamentais**. Disponível em www.direitonet.com.br, acesso em 09.09.09

GEERTZ, Clifford. “O saber local: fatos e leis em uma perspectiva comparativa” **IN O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

GIORDANI, Annency Tojeiro. “Contexto Socioeducacional, Caracterização e Conseqüência da Violência na Vida da Mulher” *In: Violência contra a mulher*. São Caetano do Sul, SP: YENDIS Editora, 2006, pp. 65-178.

GOFFMAN, Irving. **Estigma e identidade social**. In Estigma: notas sobre identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOMES, Luiz Flávio. **Medidas de Segurança e seus limites**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, 2, 1993.p. 64.

GONDIM, Denise S.M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes-RJ: Inovação ou reprodução do modelo assistencial?** Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

GONÇALVES, Carlos R. **Sinopses Jurídicas**. Direito Civil – Parte Geral. Vol. 1. 12ª ed. de acordo com o novo Código Civil. São Paulo: Saraiva, 2005.

GRADELLA JUNIOR, O. **Hospital Psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão**. *Psicologia&Sociedade*. jan/jun/2002.

KANTORSKI, L.P.; PITIÁ, A.C.A; MIRON, V.L. **A reforma psiquiátrica nas publicações da revista ‘saúde em debate’ entre 1985 e 1995**. Revista eletrônica de enfermagem, v. 4, n. 2, p. 03-09, 2002. Disponível no site <<http://www.fen.ufg.br>>.

KAUTAU FILHO, Paulo de Tarso Dias. **Igualdade e Liberdade – Ronald Dworkin e a Concepção Contemporânea de Direitos Humanos**. Belém: Editora Cesupa 2004.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes (Grundlegung zur Metaphysic der Sitten)*. Tradução: Paulo Quintela. Ed. 70, Lisboa, 1986.

LINS, Cristina B. A. **Hospital-dia, subjetividade e relações de poder: um estudo de caso**. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e Social. UFPA, 2007 (mimeo).

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. ISBN 85-86435-92-9.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol.18 no.3. Rio de Janeiro Setembro de 2008. Disponível no endereço eletrônico <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005&lang=pt>. Acesso em 18.08.09.

MARTINEZ, Simone Duran Toledo. **Violência Institucional: violação de direitos humanos das mulheres**. Disponível em <http://www.recriaprudente.org.br/abre_artigo.asp?c=16>, Acesso em 09.09.09.

MARX, Anthony W. **A construção da raça e do Estado Nação**. In *Estudos Afro-asiáticos*. 29. Rio de Janeiro, p. 09-36.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **RESOLUÇÃO 46/119 – The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, 1991**. Disponível no site www.un.org .

_____. **RESOLUÇÃO 34/180 – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 1981**. Disponível no site www.un.org .

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation**. 2005.

PEDROSO, Janari da Silva. **Loucura e assistência psiquiátrica no Pará (1833-1984)**. Belém: NAEA, 2008. ISBN 978-85-7143-073-0.

PÉREZ LUÑO, Antonio-Enrique. **Los Derechos Fundamentales**. 6ª ed. Madrid: Ed. Tecnos, 1995.

PONTES, Cleto Brasileiro. **Hospital Psiquiátrico: seis séculos de história**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2006. ISBN 85-7529-325-7.

PRADO, Ramón. La Psiquiatria: Ética y Derechos Humanos. *Ver. Hosp. Psiq. Hab.* XL (3) sep-dic. 1999: 242-256.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991. ISBN 85-7182-019-8.

SAFFIOTI, Heleith I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo. Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004. Coleção Brasil Urgente. ISBN 85-7643-002-9.

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. In **Educação e realidade**. Porto Alegre: UFRGS. JUL/DEZ. 1995. Vol. 20, n. 02. P. 71-97.

_____. **Prefácio a Gender and Politics of History**. In **Cadernos Pagu**. Campinas/SP: UNICAMP, 1994. Pp. 11-27.

SILVA, Iara Ilgenfritz. **Direito ou Punição? Representação da sexualidade feminina no Direito Penal**. Porto Alegre: Movimento, 1985.

SILVA, Vagner G. **O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico as pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras**. 1ª Ed. São Paulo, Ed. USP, 2006. ISBN 85-314-0571-8.

SILVEIRA, Maria Lúcia. **Iniquidades no atendimento à saúde ligadas a gênero: o caso das mulheres**. In **Coletânea Gênero e Plural: um debate interdisciplinar**. ADELMAN, Miriam et al (orgs). Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

SILVEIRA, Lia C. BRAGA, **Violante A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2005.

STOCCO, M. A. R. **Normas de Funcionamento da Psiquiatria**. Campos, SMS, 1997.

TELES, Maria Amália de Almeida. **O que são Direitos Humanos das Mulheres**. Editora Basiliense (Coleção: Primeiros Passos). São Paulo, 2007.

VELHO, Gilberto. **Observando o familiar. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, pp. 121-132.

ZALUAR, Alba. **Teoria e Prática do Trabalho de Campo: Alguns Problemas**. In: CARDOSO, Ruth. (org.) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, 1987, pp. 107-123.